. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …………..

/miejscowość, data/

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

/imię i nazwisko/

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

/adres do korespondencji/

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

/nr tel. komórkowego do kontaktu SMS/

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

/e-mail/

Komendant Miejski Policji

w Koninie

**Zgłoszenie**

chęci skorzystania z usług tłumacza PJM, SJM, SKOGN

*(świadczenie bezpłatnie)*

W związku z koniecznością załatwienia sprawy (krótki opis sprawy):………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w Komendzie Miejskiej Policji w Koninie w dniu ………………………………………...……… /proponowany termin wizyty/
niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego.

Sposób komunikacji:

|  |  |
| --- | --- |
|  | PJM (polski język migowy) \* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SJM (system językowo migowy)\* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)\* |

 ………………………………

 /czytelny podpis/