|  |
| --- |
|  |
| miejscowość, data |

|  |
| --- |
|  |
| imię i nazwisko |
|  |
| adres korespondencyjny |
|  |
| nr telefonu kontaktowego lub adres e-mail |

**Komendant Miejski Policji**

**w Bydgoszczy**

**ZGŁOSZENIE POTRZEBY SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEJ POMOCY**

**TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO (PJM, SJM, SKOGN)**

W związku z koniecznością załatwienia sprawy:

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

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

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

(proszę określić rodzaj sprawy)

w dniu ....................................................................... (proszę podać proponowany termin wizyty)

w Komendzie Miejskiej Policji w Bydgoszczy/Komisariacie Policji/ **Punkcie Przyjęć Interesantów**\* w ................................................................ niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego.

Sposób komunikacji:

🞎 PJM (polski język migowy)\*\*

🞎 SJM (system językowo-migowy)\*\*

🞎 SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych)\*\*

……………………………………..

 (podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wstawić X w odpowiednie pole