



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku Szpital
Specjalistyczny**

Formularz Zgłoszenia

....., data

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w
Sanoku**

.....
imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania
.....
.....

Adres do korespondencji (jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania,
nie wypełniać tego pola)

.....
E-mail

.....
Numer telefonu

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

Niniejsze zgłoszenie dotyczy:*(wpisać właściwe, jak na skierowaniu)

.....
.....
*przyjęcie do szpitala

* przyjęcie do poradni

* przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną)

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN*

Wskazuję wybraną metodę komunikacji:.....



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku Szpital
Specjalistyczny**

Formularz Zgłoszenia

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....
Data i podpis