

Koluszki, dnia.....

Wniosek

.....
imię

.....
nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
adres e- mail

Urząd Miejski Koluszki
ul.11 Listopada 65
95-040 Koluszki

Na podstawie art.12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz .U. Nr 209, poz.1243) zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza języka migowego w dniu w Urzędzie Miejskim w Koluszkach w celu załatwienia następującej sprawy:

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

podpis