……, dnia …… r.

Wnioskodawca:

.....

imię i nazwisko / nazwa

.....

adres do korespondencji / e-mail / telefon (dane kontaktowe w zakresie niezbędnym do udzielenia odpowiedzi)

Dyrektor Zespołu Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych im. Heleny Babisz
Bystrzejowice Pierwsze 89, 21-050 Piaski

ZGŁOSZENIE POTRZEBY ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI (W TYM TŁUMACZA POLSKIEGO JĘZYKA MIGOWEGO)

Na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym zgłaszam potrzebę:

- ☐ zapewnienia tłumacza PJM / SJM / SKOGN podczas wizyty w szkole
- ☐ zapewnienia dostępności architektonicznej (opisać niżej)
- ☐ zapewnienia dostępności informacyjno-komunikacyjnej (opisać niżej)
- ☐ udostępnienia dokumentu w formie dostępnej (np. druk powiększony, nagranie, ETR)

Opis potrzeby i proponowany termin wizyty:

Zgłoszenie tłumacza PJM należy przekazać co najmniej 3 dni robocze przed planowaną wizytą (art. 12 ustawy o języku migowym). Usługa jest bezpłatna dla osoby uprawnionej. Klauzula informacyjna RODO dostępna w BIP: bip.zsbystrzejowice.pl.

czytelny podpis wnioskodawcy