

Lubliniec.....



**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana**

**Grunwaldzka 48, 42-700 Lublinie**

**Zgłoszenie**

*Zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnego świadczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U Nr 209, poz. 1243 z późn. zm.)*

*Wskazuje metodę komunikowania się:*

*Przedmiot sprawy:*

.....  
.....

*Proponuję termin skorzystania z bezpłatnego świadczenia / dzień, godzina/:*

.....  
.....

*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 z późn. zm.) 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 z późn. zm.).*

.....

*(Podpis zgłaszającego)*