Załącznik nr 1

Zgłoszenie dotyczące skorzystania z usługi tłumacza języka migowego w Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa Śląskiego w Katowicach

1. Imię i nazwisko:
2. Zgłaszam potrzebę skorzystania z usług tłumacza (wybierz z poniższej listy):
   - PJM (polski język migowy)
   - SJM (system językowo-migowy)
   - SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)
1. W terminie:
2. Sprawa dotyczy:
3. Proszę o przekazanie informacji z potwierdzeniem spotkania poprzez kontakt (wybierz z poniższej listy i uzupełnij dane):
   - elektroniczny, mejl:
   - telefoniczny, nr telefonu:
   - listowny, adres: