

STAROSTWO POWIATOWE W SŁUPSKU
SZARYCH SZEREGÓW 14
76-200 SŁUPSK

data wpływu wniosku

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
O OBSŁUGĘ OSOBY NIESŁYSZĄCEJ
ZA POMOCĄ POLSKIEGO JĘZYKA MÍGOWEGO**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Zakres oczekiwanej pomocy	
Planowany termin wykonania świadczenia	DATA GODZINA

DATA	PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ
------	--------------------------

*zaznaczyć właściwe pole