

O Ś W I A D C Z E N I E

(Imię)..... (nazwisko),

Zamieszkałym/ą w, kod pocztowy:

ul., Pesel

Oświadczam, iż jestem osobą niepełnosprawną, która:

1/ ☐ korzysta ze wsparcia w formie usług tłumacza migowego.*

2/ ☐ nie korzysta ze wsparcia usług tłumacza migowego.*

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

*Odpowiednie zakreślić