**Załącznik do Procedur zapewnienia dostępu alternatywnego, dla osób ze szczególnymi potrzebami,
w Starostwie Powiatowym
w Opocznie**

………………dnia………………………

 miejscowość

………………………………………………………..

 Imię i nazwisko

……………………………………………………….

nr telefonu komórkowego – kontakt SMS

……………………………………………………….

 adres e-mail - kontakt za pośrednictwem e-maila

**Starostwo Powiatowe w Opocznie**

**Wydział Organizacyjny, Zamówień Publicznych,**

**Inwestycji i Zarządzania Kryzysowego**

**ul. Kwiatowa 1 a**

**26-300 Opoczno**

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Starostwie Powiatowym
w Opocznie, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego.

Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy (krótki opis sprawy): ……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………… podpis