Załącznik

do Zarządzenia Nr 7/2014

Starosty Oleskiego

 z dnia 21 sierpnia 2014 roku

 Olesno, dnia ……………………

………………………………………

Imię i nazwisko

………………………………………

………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………… **STAROSTA OLESKI**

Nr telefonu **ul.** **Pieloka 21**

 **46-300 Olesno**

………………………………………

e-mail

**P O D A N I E**

Zgłaszam chęć skorzystania w dniu ………….…………. ze świadczenia usług tłumacza języka migowego, które jest mi niezbędne do załatwienia następującej sprawy (jaka sprawa?):

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

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

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

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