Załącznik do Zasad zapewniania dostępu alternatywnego, dla osób ze szczególnymi potrzebami, w Starostwie Powiatowym w  Ostrowi Mazowieckiej

........................................................

 (Data, miejscowość)

Imię i nazwisko ………………………………………

nr telefonu ……………………………………………

Starostwo Powiatowe

w Ostrowi Mazowieckiej

*/do wyboru część I lub II /*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w „Punkcie obsługi” w Starostwie Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej.

Celem wizyty jest załatwienie następującej sprawy (krótki opis):

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

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

 ………………………………

 (podpis)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II.

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Starostwie Powiatowym
w Ostrowi Mazowieckiej, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego. Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy (krótki opis):

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

 ………………………………

 (podpis)