



POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH ZARZĄD GŁÓWNY

03-741 Warszawa, ul. Białostocka 4

NIP:526-025-10-90; KRS: 0000097726

Tel. 022 831 40 71-73; Fax. 022 635 75 36

Bank Millennium Nr 7211602202000000060848578

Nazwisko i imię		T1
Dokładny adres		
Data i miejsce urodzenia		Miejsce na fotografię
Nr PESEL		
Telefon, email		

....., dnia 20..... r.

WNIOSEK

Proszę o otwarcie przewodu kwalifikacyjnego na **certyfikat tłumacza języka migowego**.

Pochodzę (nie pochodzę*) z rodziny niesłyszących.

Posiadam wykształcenie

Przyjmuję do wiadomości tryb i warunki przebiegu procesu certyfikacji zawarte w Procedurach Certyfikacji Tłumaczy Języka Migowego z dnia 04.03.2014 r.

.....

podpis

Do wniosku dołączam:

- a) kserokopię dowodu osobistego,
- b) kserokopię dokumentu potwierdzającego wykształcenie,
- c) kserokopię dokumentów potwierdzających ukończenie kursów na poziomie zaawansowanym,
- d) aktualne zdjęcie w postaci elektronicznej lub paszportowej,
- e) kopię dowodu uiszczenia opłaty wpisowej.

.OŚWIADCZAM ŻE:

- a) korzystam z pełni praw publicznych i pełnej zdolności do czynności prawnych,
- b) nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, dyscyplinarne lub postępowanie o ubezwłasnowolnienie,
- c) nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

.....

czytelny podpis

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU Z ZAŁACZNIKAMI

Nr rejestracyjny:	Uwagi:	Podpis:
-------------------	--------	---------

*) niepotrzebne skreślić