

Golub-Dobrzyń, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu komórkowego

.....  
adres e-mail

**Miejski Ośrodek Polityki Społecznej**  
**ul. Kilińskiego 10**  
**87-400 Golub - Dobrzyń**

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Miejskim Ośrodku Polityki Społecznej w Golubiu-Dobrzyniu, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego:

Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy\*: .....

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis

\* opis sprawy.