**Starostwo Powiatowe w Łobzie**

Proszę o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej  POZA PUNKTEM POMOCY PRAWNEJ i MEDIACJI:

inicjały osoby: ……………………………………………...

telefon: ……………………………………………………..

adres e-mail: ……………………………………………….

Informuję, że dostępne dla mnie miejsce zorganizowania porady to:

1.       miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………

2.       miejsce wyposażone w odpowiednie urządzenie, ułatwiające porozumiewanie się
z osobami doświadczającymi trudności w komunikowaniu się

3.       miejsce z dostępnym wsparciem tłumacza języka migowego

4.       inne miejsce: …………………………………………………………………………..

Oświadczam, iż:

*1) jestem osobą która nie jest w stanie ponieść kosztów odpłatnej pomocy prawne, 2)zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną znajdującą się na stronie https://spow.lobez.ibip.pl/public/?id=206098 nieodpłatna pomoc prawna i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych przez Starostwo Powiatowe w Łobzie, wojewodę oraz
w systemie teleinformatycznym Ministerstwa Sprawiedliwości do obsługi nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego oraz edukacji prawnej.*

Tak  (     )       Nie (      )