Príloha 1

PREŠOVSKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ
Odbor sociálnych vecí a rodiny

VÝKAZ O ODPRACOVANÝCH HODINÁCH TLMOČENIA

Mesiac:		**Názov poskytovateľa tlmočníckej služby:**
Meno a priezvisko fyzickej osoby:		
Adresa trvalého pobytu:		
Dátum, mesiac, rok narodenia:		

Dátum	**Čas poskytovania tlmočenia**		**Počet hodín tlmočenia**	**Miesto tlmočenia**	**Účel tlmočenia**	**Meno a priezvisko tlmočníka**	**Podpis tlmočníka**
	OD	**DO**					
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							

19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
Počet hodín tlmočenia spolu							

V ....., dňa.....

Podpis fyzickej osoby:

Podpis a pečiatka

poskytovateľa tlmočníckej služby: