



PREŠOVSKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ
Odbor sociálnych vecí a rodiny

VÝKAZ O ODPRACOVANÝCH HODINÁCH TLMOČENIA

Mesiac:		Názov poskytovateľa tlmočnickej 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:

poskytovateľa tlmočnickej služby:

Podpis a pečiatka