

....., dnia

miejsowość

data

.....
imię i nazwisko

Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego

.....
adres do korespondencji

.....
telefon kontaktowy/adres e-mail

SP ZZOZ w Przasnyszu

Ul. Sadowa 9

06-300 Przasnysz

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022r. poz. 2240), jako*:

- osoba ze szczególnymi potrzebami¹,
- przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami (proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie*:

- dostępności architektonicznej,
- dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w SP ZZOZ w Przasnyszu w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

.....
.....

¹ Osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przewyższenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

* właściwe zaznaczyć

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w SP ZZOZ w Przasnyszu):

.....
.....
.....

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

.....
.....
.....

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek*:

1. Kontakt telefoniczny
2. Korespondencja pocztowa
3. Korespondencja elektroniczna (e-mail)
4. Odbiór osobisty

.....

(podpis wnioskodawcy)

* właściwe zaznaczyć