………………………., dnia ................................

 **miejscowość** **data**

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

 **imię i nazwisko**

 **Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego**

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

 **adres do korespondencji**

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

 **telefon kontaktowy/adres e-mail**

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

**ul. Płocka 11/13**

**01-231 Warszawa**

**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 2020 r. poz. 1062), jako\*:

* **osoba ze szczególnymi potrzebami**[[1]](#footnote-1),
* **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 u Rzecznika Praw Pacjenta w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym** (proszę wskazać
i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

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

**Wskazanie interesu faktycznego**

 (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta):

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

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

**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

Administratorem danych osobowych jest **Rzecznik Praw Pacjenta** z siedzibą w Warszawie (01-231), przy ul. Płockiej 11/13. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań administratora. [Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym.](https://www.gov.pl/web/rpp/przetwarzanie-danych-osobowych)

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

 (podpis wnioskodawcy)

\* właściwe podkreślić

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 przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

\* właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)