

Miejscowość....., dnia.....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
.....  
(adres wnioskodawcy)

**Powiatowa Stacja Sanitarno-  
Epidemiologiczna w Koninie  
ul. Floriańska 10  
63-700 Krotoszyn**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062) jako:

- osoba ze szczególnymi potrzebami,
- przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami \*

**wnoszę o zapewnienie dostępności** w zakresie:

- dostępności architektonicznej,
- dostępności informacyjno – komunikacyjnej. \*

Wskazuję barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępności w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krotoszynie (wraz z uzasadnieniem):

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

Jednocześnie wskazuję preferowany sposób zapewnienia dostępności:

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

\*właściwe podkreślić

Proszę skontaktować się ze mną w następujący sposób:

1. Telefonicznie

.....

2. Adres pocztowy

.....

3. Adres email

.....

4. Inna forma (jaka?)

.....

.....

Data i podpis wnioskodawcy