Pyrzyce, dnia ..………….20….… r.

…………………………………………………..

(imię i nazwisko Wnioskodawcy/

przedstawiciela ustawowego)

…………………………………………………….

…………………………………………………….

(adres Wnioskodawcy

telefon kontaktowy/adres e-mail)

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Pyrzycach**

**ul. Młodych Techników 5a, 74-200 Pyrzyce**

**Wniosek o zapewnienie dostępności**

Zaznacz, czy wnioskujesz jako:

**□** osoba za szczególnymi potrzebami

**□** przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom
ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2240), wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Pyrzycach:

1. W zakresie\*:

☐ architektonicznym

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

☐ informacyjno-komunikacyjnym

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

2. Sposób komunikowania się z wnioskodawcą\*:

☐ Adres poczty elektronicznej: ……………………………………..

☐ Numer telefonu: ………………………………………………………..

☐ Numer faksu: …………………………………………………………….

☐ Inny: ………………………………………………………………………….

3. Preferowany sposób zapewnienia dostępności (jeżeli dotyczy):

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

Uwaga: \* proszę zakreślić jedno właściwe pole krzyżykiem.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

 (podpis wnioskodawcy)