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

 miejscowość data

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

 imię i nazwisko

 Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego

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

 adres do korespondencji

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

 telefon kontaktowy/adres e-mail

**Powiatowa Stacja**

**Sanitarno-Epidemiologiczna**

**w Działdowie**

**pl. Biedrawy 5**

**13-200 Działdowo**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom
ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2240) , 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 w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie 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 Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie):

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

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

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 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)