Załącznik nr 06.01

**WZÓR**

..............................., dnia \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_ r.

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

*(pieczęć nagłówkowa inspektora pracy)*

Nr rej.: …………………………………

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

*(wnioskodawca)*

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

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

*(dokładny adres)*

# DECYZJA

Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej   
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.) oraz § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. poz. 850) w związku z art. 33 pkt 1 ust. 4 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786,   
z późn. zm.) oraz art. 104 Kodeksu postępowania administracyjnego, w związku z wnioskiem z dnia \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_ r. w sprawie stwierdzenia, że obiekty i pomieszczenia użytkowane   
przez zakład pracy:

1. odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
2. uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich

**stwierdzam,**

**że obiekty i pomieszczenia zakładu pracy**....................................................................................

………………………………………………………………………………………………………..…………

*(nazwa i adres pracodawcy oraz adres lokalizacji obiektów i pomieszczeń będących przedmiotem wniosku)*

1. ………………………………………………………………………………………………………..…………**odpowiadają/nie odpowiadają(\*) przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy.**
2. **uwzględniają potrzeby/nie uwzględniają potrzeb(\*) osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania/nie spełniają wymagań(\*) dostępności   
   do nich.**

Uzasadnienie:

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

**Pouczenie:**

Od decyzji stronie przysługuje prawo wniesienia odwołania do Okręgowego Inspektora Pracy w ........................................, adres ........................................................................, w terminie 14 dni od daty jej doręczenia, za pośrednictwem inspektora pracy, który wydał decyzję (art. 127 § 1 i 2 oraz art. 129 § 1 i 2 Kodeksu postępowania administracyjnego w związku z art. 19 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy).

W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec inspektora pracy, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia oświadczenia   
o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania decyzja staje się ostateczna i prawomocna   
(art. 127a Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

*(podpis i pieczęć inspektora pracy)*

(\*) - niepotrzebne skreślić