*Załącznik nr 2 do Procedury dotyczącej zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami*

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

(miejscowość, dnia)

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

(adres)\*\*

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

(adres e-mail)\*\*

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

(nr telefonu osoby upoważnionej   
do kontaktu)\*\*

Dyrektor

Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy

ul. Kujawska 4

85-031 Bydgoszcz

**W N I O S E K**

**O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI CYFROWEJ**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych zwracam się z wnioskiem o:

• zapewnienie dostępności strony internetowej (należy podać adres strony internetowej)\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

• zapewnienie dostępności wskazanych poniżej elementów strony internetowej (należy wskazać elementy strony, które mają być dostępne oraz adres strony www)\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

• udostępnienie za pomocą alternatywnego sposobu dostępu następującego elementu strony internetowej (należy wskazać preferowany sposób dostępu alternatywnego, element strony, który ma być udostępniony w sposób alternatywny oraz adres strony www)\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę skontaktować się ze mną w następujący sposób:

• telefonicznie na nr telefonu wskazany we wniosku\*

• listownie na adres\*

• mailowo na adres wskazany we wniosku\*

• inna forma (proszę wskazać jaka)\*

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

…………………..…………..

(podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe uzupełnić

INFORMUJĘ, że Administratorem Pani/a danych osobowych (ADO) w związku ze sprawami załatwianymi   
w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy jest Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą przy ul. Kujawskiej 4 w Bydgoszczy, kod pocztowy: 85-031, a także podmioty, którym na podstawie obowiązujących przepisów Pani/a dane będą przekazywane. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją prośby wskazanej we wniosku. Przysługuje Pani/u prawo żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, ich przenoszenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz cofnięcia zgody na ich przetwarzanie. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania i ochrony danych osobowych dostępne są na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz/> w zakładce Baza Wiedzy, Ochrona Danych Osobowych lub u inspektora ochrony danych: [iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl)