

Miejscowość....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

**Powiatowa Stacja Sanitarno-
Epidemiologiczna w Koninie
ul. Stanisława Staszica 16
62-500 Konin**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami 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 Koninie (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