Miejscowość , dnia

……………………………….

(imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………

…………………………………

(dane adresowe wnioskodawcy)

Powiatowa Stacja

Sanitarno-Epidemiologiczna w Złotowie

ul. Michała Hubego 1/1

77-400 Złotów

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze
szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062) 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 Złotowie (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

KLAUZULARODO:
1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-
Epidemiologiczna w Złotowie, 77-400 Złotów, ul. M. Hubego 11, sekretariat@psse-złotow.pl, Tel.67 3491692.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez
Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres:
Kamil.Taras@sanepid.gov.pl
3.Dane osobowe są przetwarzane w ramach działań o zapewnieniu dostępności
osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020r., poz. 1062), w celu rozpatrzenia Państwa wniosku
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o zapewnienie dostępności,
5.Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Dane te nie będą
udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
6.Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania,
usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do
wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo
do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, że przetwarzanie
danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7.Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu
Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej,
jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji organizacji i zakresu działania
archiwów zakładowych (Dz. U z 2011 r. Nr 14, poz. 67 ze zm.)