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

 (imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość, dnia)

……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….

 (adres wnioskodawcy)

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Jarocinie

ul. Wąska 2

63-200 Jarocin

 **Wniosek o zapewnienie dostępności**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności 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 uniemożliwiają zapewnienie dostępności w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Jarocinie (wraz z uzasadnieniem):

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

Jednocześnie wskazuję preferowany sposób dostępności:

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

\*właściwe podkreślić

Proszę skontaktować się ze mną w następujący sposób:

Telefonicznie …………………………………………………………………………………………………………………………

Adres pocztowy ……………………………..……………………………………………………………………………………….

Adres e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………

Inna forma (jaka?) …………………………………………………………………………………………………………………..

 ….……….…….…………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)