

....., dnia .....

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....

(adres wnioskodawcy oraz telefon kontaktowy)

**Samodzielny Gminny  
Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku  
32-660 Chelmek, ul. Staicha 1**

### **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.\*

**Opis sprawy, którą chce załatwić osoba ze szczególnymi potrzebami (uzasadnienie interesu faktycznego):**

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

**Wskazuję barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno – komunikacyjnej w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chelmku (wraz z uzasadnieniem):**

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

**Jednocześnie wskazuję preferowany sposób zapewnienia dostępności (jeżeli dotyczy):**

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

**\* właściwe podkreślić**

**Proszę skontaktować się ze mną w następujący sposób:**

1. Telefonicznie:\*

.....

2. Adres pocztowy:\*

.....

3. Adres email:\*

.....

4. Inna forma (jaka?):

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

**\*właściwe uzupełnić**

.....

Data i podpis wnioskodawcy