***Załącznik nr 1*** *Wniosek o zapewnienie dostępności*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Wnioskodawca: (imię i nazwisko) Osoba ze szczególnymi potrzebami\* Przedstawiciel ustawowy\* |
|  | *znak sprawy ZMSP (nadaje pracownik merytoryczny)* |
| ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY: (ulica, miejscowość, kod pocztowy) |  |
|  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI: (jeśli jest inny niż powyżej) |
|  |
| TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny i/lub komórkowy) |
|  |
|  ADRES E-MAIL (nie jest wymagany) | *pieczęć wpływu* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik** | **WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami | **Do Polecenia służbowego** |
| **Nr 1** | **Nr 8/2021** |

Wskazanie interesu faktycznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym:

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

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności,

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

**………………………………**

(data i podpis wnioskodawcy)