

Skarżysko-Kamienna, dnia.....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Skarżysku-Kamiennej
ul. Sikorskiego 19

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ LUB INFORMACYJNO – KOMUNIKACYJNEJ

1) WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:.....

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U.2020 poz.1062) **wnioskuje o:**

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

(proszę opisać barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno – komunikacyjnym)

2) WSKAZANIE SPOSOBU KONTAKTU Z WNIOSKODAWCĄ

.....
(proszę wpisać sposób kontaktu z wnioskodawcą)

3) WSKAZANIE PREFEROWANEGO SPOSOBU ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI (jeśli dotyczy)

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

*Zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zapewnienie dostępności, w zakresie określonym we wniosku, następuje bez zbędnej zwłoki nie później jednak niż w terminie **14 dni** od dnia złożenia wniosku o zapewnienie dostępności.*

.....
(data i czytelny podpis Wnioskującego)