



Brzozów, dnia

.....
*Imię i nazwisko Wnioskodawcy/
Przedstawiciela Ustawowego*

.....
Adres do korespondencji

.....
Telefon kontaktowy

**Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny
Im. Ks. B. Markiewicza
Ul. Ks. J. Bielawskiego 18
36-200 Brzozów**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2020 r. poz. 1062 z późn. zm.) jako*:

- Osoba ze szczególnymi potrzebami ¹,
- Przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami (proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami

Wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie*:

- Dostępności architektonicznej,
- Dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

.....
.....

¹ Osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, albo uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

*Właściwe podkreślić

Wskazanie interesu faktycznego (krótki opis rodzaju sprawy, dane wizyty, nazwa poradni/oddziału Szpitala):

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

Wskazanie preferowanego sposobu załatwienia dostępności, jeżeli dotyczy:

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

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek*:

- Kontakt telefoniczny
- Korespondencja pocztowa
- Korespondencja elektroniczna (e-mail)
- Odbiór osobisty

.....

Podpis wnioskodawcy