# …………………………………. ……….…………………………

# imię i nazwisko wnioskodawcy miejscowość i data

# ……….…………………………….

# ……….…………………………….

# ……….…………………………….

adres zamieszkaniawnioskodawcy

# Kujawsko-Pomorski

# Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

# w Bydgoszczy

#

#  Wniosek o zapewnienie dostępności

 Na podstawie § 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1062 ze zm.) będąc:

osobą ze szczególnymi potrzebami / przedstawicielem ustawowym osoby ze szczególnymi potrzebami \*

**wnoszę o zapewnienie dostępności** w zakresie:

architektonicznym / informacyjno-komunikacyjnym \*

Ze względu na …………………………………………………………………………………………………..

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

 opis szczególnych potrzeb

wskazuję barierę w postaci:

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

 opis bariery architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej

 utrudniającej lub uniemożliwiającej dostępność

Proszę kontaktować się ze mną w następujący sposób:

* listowny, na adres ………………………………………………………………...…
* mailowy, na adres …………………………………………………………………...
* telefoniczny, na numer telefonu ………………………………………………….
* elektroniczny, na adres skrytki ePUAP ……………...………………………….

Jednocześnie wskazuję preferowany sposób zapewnienia dostępności (jeżeli dotyczy):

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

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

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

 \* niepotrzebne skreślić

 ……………………………………..

 podpis wnioskodawcy