

# Wniosek o zapewnienie dostępności

wnioskodawca: (imię i nazwisko)

- Osoba ze szczególnymi potrzebami\*  
 Przedstawiciel ustawy\*

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)

## WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

na podstawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Wolsztyn,.....

Wskazanie interesu faktycznego: .....

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

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy: .....

\*właściwe zakreślić

.....  
(podpis wnioskodawcy)

pliki do pobrania:



**METRYKA:**

Liczba wyświetleń:	1277
Utworzono dnia:	2021-11-15 19:59:00
Osoba wprowadzająca informację:	Ilona Lisiewicz
Osoba odpowiedzialna:	Jarosław Inda