Golub-Dobrzyń, dnia …………….…………….

Imię i nazwisko ……………………………………..…………….……………………….

Adres ……………………………………………………………..…………………………….

telefon kontaktowy……………………………………………………………………….

**Powiatowa Placówka Opiekuńczo Wychowawcza Typu Specjalistyczno- Terapeutycznego w Golubiu- Dobrzyniu**

ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1 F

87-400 Golub-Dobrzyń

**Wniosek o zapewnienie dostępności**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062 ze zm.) wskazuje następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej (należy podkreślić barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą dostępność) w Powiatowej Placówce Opiekuńczo Wychowawczej Typu Specjalistyczno- Terapeutycznego w Golubiu-Dobrzyniu w zakresie architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym:

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

Jednocześnie wskazuję, iż preferowany przeze mnie sposób zapewnienia dostępności powinien polegać na:………………………………………………………………………………………………………………

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

**Proszę zaznaczyć oczekiwany sposób doręczenia odpowiedzi na wniosek:**

Wysłać pocztą tradycyjną …………………………………………..

Wysłać na adres e-mail ……………………………………………..

Odbiór osobisty ……………………………………………………..

……………………………………..………..

**podpis wnioskodawcy**