# Wniosek o zapewnienie dostępności

## Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Podmiot publiczny ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X.
3. Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone \*.
4. We wniosku podaj adres do korespondencji w tej sprawie.
5. Potrzebujesz wsparcia? Zadzwoń na infolinię: 22 581 84 10.

| Podmiot objęty  wnioskiem | | Wpisz dane w polach poniżej. |
| --- | --- | --- |
| Nazwa |  | |
| Ulica, numer domu i lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Państwo |  | |

| Dane wnioskodawcy | Wpisz dane w polach poniżej. |
| --- | --- |
| Imię\* |  |
| Nazwisko\* |  |
| Ulica, numer domu i lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Państwo |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

## Zakres wniosku

1. **Jako barierę w dostępności wskazuję:\***

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z podmiotu publicznego. Możesz wskazać kilka barier. Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik wniosku.

1. **Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:\***

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot publiczny dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

1. **Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:**

Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób.

## Oświadczenie

W polu wyboru obok Twojego statusu wstaw znak X.

Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status**.**

| **Wybór** | | | **Mój status** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osoba ze szczególnymi potrzebami | | |
|  | Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami | | |

## Sposób kontaktu\*

Wstaw znak X w polu wyboru, aby wskazać jak mamy się z Tobą kontaktować w sprawie wniosku.

| **Wybór** | | | **Sposób kontaktu** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Listownie na adres wskazany we wniosku | | |
|  | Elektronicznie, na adres email | | |
|  | Inny, napisz jaki: | | |

## Załączniki

Napisz, ile dokumentów załączasz.

Liczba dokumentów:

## Data i podpis

**Data**

Format dd-mm-rrrr

**Podpis**

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) –w skrócie RODO, informujemy:

1. Administratorem danych osobowych jest Proboszcz Parafii Rzymskokatolickiej p.w. Nawiedzenia NMP w Sejnach, Pl. Św. Agaty 1, 16-500 Sejny. Z Administratorem można się skontaktować pod adresem e-mail:zbzdak@gmail.com lub pisemnie pod adresem siedziby.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o zapewnienie dostępności.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku a następnie archiwizowane zgodnie z przepisami prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zapewnienie dostępności. Bez podania danych rozpatrzenie wniosku nie będzie możliwe.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.