

Wniosek o zapewnienie dostępności (w polu wyboru wstaw znak X):**architektonicznej****informacyjno-komunikacyjnej****Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Iłży ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny.

Wypełnij wyraźnym pismem.
Pola wyboru zaznacz znakiem X.
We wniosku podaj swój adres do korespondencji w tej sprawie.
Potrzebujesz wsparcia? **Zadzwoń na nr tel. 48 368 17 10 lub 48 368 17 21 lub 519 789 613**

Podmiot objęty wnioskiem

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży, ul. Bodzentyńska 17, 27-100 Iłża.

Nazwany dalej jako Szpital w Iłży

Miejsce w którym istnieje bariera (np. nazwa poradni, nazwa oddziału, rejestracja).

Dane wnioskodawcy (osoby wypełniające)

Wpisz dane w polach poniżej

Imię

Nazwisko

Ulica, numer domu i lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Numer telefonu

Adres e-mail

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 (np. z niepełnosprawnością, osoba starsza, kobieta w ciąży, osoba z małym dzieckiem tzn. osoba, która musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery).

☐

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 e - mail,

☐

Inny napisz jaki:

Zakres wniosku

Jako barierę w dostępności wskazuję:

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z usług Szpitala w Iłży.

Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez Szpital w Iłży, dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:

Wypełnij jeżeli chcesz, żeby Szpital w Iłży zapewnił dostępność w określony sposób:

Data

Podpis

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży. Szczegóły obowiązku informacyjnego są dostępne na stronie <https://szpitalilza.com.pl>.