



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIŃSKU MAZOWIECKIM**

25 506 51 00
spzozmm@spzozmm.pl
www.spzozmm.pl
ul. Szpitalna 37
05-300 Mińsk Mazowiecki

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Wybierz formę kontaktu ☐ kontakt telefoniczny ☐ kontakt elektroniczny (e-mail)

Tel. kontaktowy lub adres e-mail:

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 2022 r., poz. 2240 ze zm.), jako (zaznacz jedną z dwóch odpowiedzi):

☐ **Osoba ze szczególnymi potrzebami** (tj. osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w której się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami)

☐ **Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami** (rodzic, opiekun, kurator)

.....
(podaj imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

- ☐ dostępności architektonicznej,
☐ dostępności informacyjno-komunikacyjnej

1. Jako barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępności wskazuję:

Napisz, dlaczego jest Ci trudno załatwić swoją sprawę.

.....

2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, w dniu o godz. w celu:

- ☐ Odbycia wizyty lekarskiej ☐ Wykonania badań ☐ Odbioru wyników
☐ Załatwienia innej sprawy

W Przychodni/ Pracowni/ Poradni/ Oddziale

3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez (jakie wsparcie będzie dla Ciebie najlepsze):

.....

UWAGA: W przypadku rezygnacji z wcześniej zgłoszonej potrzeby skorzystania z pomocy prosimy o niezwłoczne przekazanie informacji telefonicznie pod numerami: **25 506 53 20 lub **25 506 53 99**, bądź drogą elektroniczną na adres rejestracja@spzozmm.pl.**

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych we wniosku danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Dane wpisane we wniosku będą przetwarzane w celu udzielenia odpowiedzi na przesłany wniosek.

.....
data i podpis Wnioskodawcy



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Mińsku Mazowieckim**

NIP: 8221841618
REGON: 712351100
KRS: 0000114964

Nr konta: 61 9226 0005 0010 0100 2000 0070