##  Łaziska, …………………

## **DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:**

## Imię i Nazwisko:……………………………

## Adres korespondencyjny: ………………..

## ………………………………………………

## Adres e-mail: ………………………………

## Tel. Kontaktowy:…………………………..

##  **Dyrektor**

##  **Domu Pomocy Społecznej**

##  **„Dom Kombatanta” w Łaziskach**

##  Łaziska 15A

##  26-505 Orońsko

## **INFORMACJA O BRAKU DOSTĘPNOŚCI**

## Na podstawie art. 29 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020r. poz. 1062) informuję o zauważonym braku dostępności **architektonicznej/informacyjno-komunikacyjnej[[1]](#footnote-1)\*** o której mowa w art. 6 w/w ustawy**:**

## ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## (proszę wskazać barierę, utrudnienie, przeszkodę))

## **Proponowany sposób zapewnienia dostępności architektonicznej/informacyjno-komunikacyjnej[[2]](#footnote-2)\* w powyższym zakresie:**

## ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## (proszę wskazać preferowany sposób zapewnienia dostępności)

##  …………………………………………………..

##  (podpis osoby zgłaszającej)

1. ## \* Niepotrzebne skreślić

 [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)