Miejscowość i data
…………………………………………………….

Dane kontaktowe wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: …………………………………………………….
Adres zamieszkania: ……………………………………………..
Nr tel. kontaktowego (SMS): …………………………………
Adres e-mail: …………………………………………………………

URZĄD GMINY STROMIEC

UL. PIASKI 4,

26-804 STROMIEC

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej (zaznaczyć właściwe):

 Posiadam

 Nie posiadam

Wybrana metoda komunikowania się:

 Polskiego języka migowego (PJM)

 Systemu językowo – migowego (SJM)

 Sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych SKOGN

Rodzaj załatwianej sprawy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)

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

……………………………, dnia: ………………… ………………………………..
(miejscowość) (podpis osoby uprawnionej)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia 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 RODO, proszę zapoznać się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ https://www.ugstromiec.pl/dla-mieszkańców/rodo.html