



Urząd Miasta i Gminy w Międzychodzie

.....
miejscowość

.....
data

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy/ Przedstawiciela Ustawowego)

.....
(adres wnioskodawcy)

**Urząd Miasta i Gminy
w Międzychodzie
ul. Marszałka Piłsudskiego 2
64-400 Międzychód**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami jako*:

- a) osoba ze szczególnymi potrzebami,
- b) przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami.

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie*:

- a) dostępności architektonicznej,
- b) dostępności informacyjno – komunikacyjnej.

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w Urzędzie Miasta i Gminy w Międzychodzie (proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

.....
.....
.....
.....
.....

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Urzędzie Miasta i Gminy w Międzychodzie):



Urząd Miasta i Gminy w Międzychodzie

.....
.....
.....

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

.....
.....
.....

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek*:

1. Telefonicznie
2. Adres pocztowy
3. Adres email
4. Inna forma (jaka?)

.....
(podpis wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić