Data: ................................

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

imię i nazwisko Wnioskodawcy

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

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

dane kontaktowe (adres, telefon, e-mail)

**Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Gościnie**

ul. Karlińska 1

 78-120 Gościno

**INFORMACJA O BRAKU DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 29 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2020 poz. 1062) wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności w zakresie architektonicznym\*, informacyjno-komunikacyjnym\* lub cyfrowym\*:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Sposób kontaktu z Wnioskodawcą** | **(proszę oznaczyć)** |
| Korespondencja pocztowa |  |
| Korespondencja e-mailowa |  |
| Odbiór osobisty korespondencji |  |

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

podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić