…………………….............................  
 Miejscowość, data

………………………..…………………………..………………….  
 imię i nazwisko   
Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego

………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji

……………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy/adres e-mail

Samodzielny Publiczny Miejski   
Zakład Opieki Zdrowotnej   
w Bochni   
ul. Floris 16  
32-700 Bochnia

Wniosek o zapewnienie dostępności

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca2019r. ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020r. poz.1062)

# Zakres wniosku

1. **Jako barierę w dostępności wskazuję:**

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z podmiotu publicznego. Możesz wskazać kilka barier. Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik wniosku.  
  
…………………………………………………………………………………………………………………

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

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

# Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot publiczny

dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej

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

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

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

# Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:

Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność

w określony sposób.

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

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

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

**Oświadczenie**

Zaznacz Twój status.  
Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status.

* Osoba ze szczególnymi potrzebami
* Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

**Sposób kontaktu**

Listownie adres wskazany we wniosku

Kontakt telefoniczny

Korespondencja elektroniczna (e-mail)

Odbiór osobisty

**Załączniki**

Ilość dokumentów załączonych ……………………………… .

……………………………………….  
 Data, podpis wnioskodawcy

**Pouczenie**

1. Zapewnienie dostępności w zakresie określonym we wniosku następuje bez zbędnej zwłoki nie później jednak niż w terminie 14 dni od daty jego złożenia.
2. Jeżeli zapewnienie dostępności nie jest możliwe w terminie o którym mowa w pkt. 1 Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni niezwłocznie powiadamia wnioskodawcę o przyczynach opóźnienia i wskazuje nowy termin zapewnienia dostępności   
   ( jednak nie dłuższy niż 2 miesiące od złożenia wniosku o zapewnienie dostępności).
3. W przypadkach uzasadnionych wyjątkowymi okolicznościami, gdy zapewnienie dostępności w zakresie określonym we wniosku o zapewnienie dostępności jest niemożliwe lub znacznie utrudnione ze względów technicznych lub prawnych Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni niezwłocznie zawiadamia wnioskodawcę o braku możliwości , co nie zwalnia Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni z obowiązku zapewnienia dostępu alternatywnego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami   
   ( Dz.U z 2020r., poz. 1062 ze zm.).
4. O zawiadomieniu o którym mowa w pkt. 3 Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni uzasadnia swoje stanowisko, w szczególności wskazuje okoliczności uniemożliwiające zapewnienie dostępności w zakresie określonym we wniosku   
   o zapewnienie dostępności.
5. Skarga na brak dostępności – art. 32 ustawy z dnia 19.07.2019r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami ( Dz. U. z 2020r., poz. 1062 ze zm.).

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRACOWNIKÓW**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (ue) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni z siedzibą:32-700 Bochnia, ul. Floris 16 email: spmzoz@bochnia.pl.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: kontakt mailowy: [inspektor@odocn.pl](mailto:inspektor@odocn.pl) lub kontakt telefoniczny: tel.: 602762036
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zatrudnianie, bezpieczeństwo   
   i organizacja pracy. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w tym celu, jest:
   1. art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
   2. art. 9 ust. 2 lit. b RODO,
   3. ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy,
   4. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 i.   
      w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika.
   5. ustawa z dnia 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora danych przez  
   okres wynikający z przepisów prawa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, a w pozostałych przypadkach do ustania celu przetwarzania danych.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
7. Dodatkowo, przysługuje Pani/Panu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.