Załącznik nr 2
do Procedury Postępowania
w przypadku braku dostępności

Ustroń,……..r.

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji

ul. Zdrojowa 6

43 – 450 Ustroń

Wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Ustalimy Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizujemy lub zapewnimy dostęp alternatywny.

1. Wypełnij wniosek WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X.
3. Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone *.
4. We wniosku podaj adres do korespondencji w tej sprawie.
5. Potrzebujesz wsparcia zadzwoń na numer 33 854 16 32

Dane wnioskodawcy Wpisz dane w polach poniżej.

Imię*	
Nazwisko*	
Ulica, numer domu, lokalu	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Numer telefonu, adres e-mail adres e-Doręczeń lub e-PUAP	

Zakres wniosku

Na podstawie art.30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. 2024 poz.1411) wnioskuję o;

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

   Proszę opisać barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym.

2. **Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:***

   Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

3. **Proszę o zapewnienie dostępności poprzez, jeżeli dotyczy:**

   Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób.

Oświadczenie

W polu wyboru obok Twojego statusu wstaw znak X.

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

Wybór	Mój status
☐	Osoba ze szczególnymi potrzebami
☐	Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

Wskaż sposób kontaktu*

Wstaw znak X w polu wyboru.

- ☐ Listownie na adres wskazany we wniosku
- ☐ Elektronicznie, poprzez konto e-Doręczeń lub e-PUAP
- ☐ Elektronicznie, na adres email
- ☐ Telefonicznie
- ☐ Inny, napisz jaki:

Załączniki:

Napisz, ile załączników dołączasz:

Zgodnie z art. 31 ust.1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. 2024 poz.1411) zapewnienie dostępności , w zakresie określonym we wniosku o zapewnienie dostępności, następuje bez zbędnej zwłoki nie później jednak niż w terminie 14 dni od złożenia wniosku o zapewnienie dostępności.

Czytelny podpis Wnioskodawcy

szpital z sercem	**Klauzula informacyjna** W związku z informacją o braku dostępności	Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwane dalej RODO, informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji;
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: e-mail: iod@scr-ustron.com.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą ze względu na konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją zadań z zakresu zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej oraz dostępności cyfrowej osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym realizacji wniosków o zapewnienie dostępności. Podstawę prawną przetwarzania danych stanowi:
   a. art. 6 ust. 1 c RODO w związku z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych,
   b. w zakresie danych nadmiarowych (tj. danych niebędących niezbędnymi danymi do rozpatrzenia wniosku) ale wskazanych z własnej inicjatywy we wniosku, Pani/Pana dane przetwarzane są na podstawie:
      - art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. przetwarzanie danych następuje na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą lub jej przedstawiciela ustawowego;
      - art. 9 ust. 2 lit. a RODO tj. przetwarzanie danych szczególnej kategorii (w szczególności dotyczących zdrowia) następuje na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą lub jej przedstawiciela ustawowego;

4. Odbiorcami danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i umów zawartych z Administratorem;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, któremu mają służyć. Po tym terminie zostaną zarchiwizowane, nie dłużej jednak niż przez rok;
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
7. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany;
9. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

……..

Imię i nazwisko

Stwierdzam własnoręcznym podpisem znajomość ww. treści:

……..

Data i podpis