………………………….., …………………

 Miejscowość Data

…………………………………………...

Imię i nazwisko

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

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

Adres

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

Telefon kontaktowy / e-mail

**Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorzelach**

ul. Komosińskiego 1b

06-330 Chorzele

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIU DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020r. poz. 1062 z późń.zm.) wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności w Ośrodku Pomocy Społecznej w Chorzelach w zakresie architektonicznym\*, informacyjno-komunikacyjnym\* lub cyfrowym\*:

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

Jednocześnie wskazuję, iż preferowany przeze mnie sposób zapewnienia dostępności powinien polegać na:……………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Odbiór odpowiedzi na wniosek:** |
| Wysłać pocztą tradycyjną  |  |
| Wysłać na adres e-mail (proszę podać) |  |
| Odbiór osobisty |  |

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

**podpis wnioskodawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* niepotrzebne skreślić

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Informujemy, że :

**1....**Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Ośrodek Pomocy Społecznej
w Chorzelach z siedzibą w Chorzelach, ul. Komosińskiego 1B**, zwany dalej administratorem - administrator prowadzi operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.

**2....**Inspektorem danych osobowych u administratora jest pan Andrzej Włodarczyk,
*email: a.wlodarczyk@odo.to*

**3....**Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla podjęcia wnioskowanych czynności.

**4....**Pana/Pani dane przetwarzane będą w celu uzyskania pomocy zgodnie z ustawą z dnia
19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i nie będą udostępniane podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

**5....**Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

**6....**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzelach z siedzibą
w Chorzelach ul. Komosińskiego 1B, w celu ustalenia prawa do świadczeń z pomocy społecznej moich danych osobowych, które przekazane zostały przeze mnie osobiście podczas składania wniosku, w tym danych o stanie zdrowia, niepełnosprawności, dochodach, wydatkach, karalności, zobowiązaniach finansowych i innych danych szczególnie wrażliwych swoich i członków mojej rodziny.

Pełny tekst klauzuli umieszczony jest na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Chorzele.

**Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę aby Ośrodek Pomocy Społecznej
w Chorzelach przetwarzał podane przeze mnie w/w dane poszczególnych kategorii
w powyżej wskazanych celach.**

 ………………………………………

data i czytelny podpis