………………………., dnia ................................

miejscowość data

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

imię i nazwisko

Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego

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

adres do korespondencji

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

telefon kontaktowy/adres e-mail

**Wojewódzki Szpital Zespolony**

**Ul. Grunwaldzka 45**

**25-736 Kielce**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), jako\*:

* osoba ze szczególnymi potrzebami[[1]](#footnote-1),
* przedstawiciel osoby ze szczególnymi potrzebami (proszę podać imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

…………………………………………………………………………………………

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie\*:

* dostępności architektonicznej,
* dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej zapewnienie dostępności w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach w obszarze architektonicznym lub informacyjno-komunikacyjnym

(proszę wskazać i opisać barierę wraz z podaniem jej lokalizacji):

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

Wskazanie interesu faktycznego (w tym krótki opis rodzaju sprawy, którą Wnioskodawca pragnie załatwić w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym):

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

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

Wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności, jeżeli dotyczy:

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

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

Wskazanie preferowanego sposobu odpowiedzi na wniosek\*:

1. Kontakt telefoniczny
2. Korespondencja pocztowa
3. Korespondencja elektroniczna (e-mail)
4. Odbiór osobisty

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

(podpis wnioskodawcy)

\* właściwe podkreślić

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 i 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż: **Administratorem Pani/Pana danych** osobowych jest **Wojewódzki Szpital Zespolony (WSzZ) z siedzibą: ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce adres email: szpital@wszzkielce.pltel. (41) 3671-301, fax: (41) 3450-623**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 6 i 7 RODO   
i w celu realizacji zadań Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego. Administrator powołuje się na prawnie uzasadniony interes, którym jest art. 6 ust 1 lit. e RODO.

Przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach jest **(IOD)**, **Inspektor Ochrony Danych** p. Arkadiusz Milner, z którymi może się Pani/Pan skontaktować drogą elektroniczną: e-mail: [iod@wszzkielce.pl](mailto:iod@wszzkielce.pl), tel. - 41 3671354, kierując korespondencję na adres administratora jak powyżej. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy wynikające z przepisów prawa oraz będą archiwizowane zgodnie z regulacjami obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym.  
   W przypadku, gdy przepisy szczególne nie stanowią inaczej posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo do ich sprostowania.

Przetwarzanie Pani/Pana danych może zostać ograniczone, z wyjątkiem ważnych względów interesu publicznego RP lub Unii Europejskiej. W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 7 RODO ma Pani/Pan prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa   
na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych jedynie na podstawie przepisów prawa krajowego, umów międzynarodowych   
i obowiązujących konwencji. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  
         Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe są przekazywane innym odbiorcom wyłącznie na podstawie przepisów prawa, bądź stosownie do wyrażonej przez Panią/Pana zgody.

Pani/Pana dane osobowe nie będą profilowane.

1. Osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

   \* właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)