Załącznik nr 2 do Procedury zapewnienia

dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej

im. Jana Pawła II w Suwałkach

……………………………………….

 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

……………………………………….

………………………………………

 (adres Wnioskodawcy)

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI CYFROWEJ**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron

internetowych i aplikacji mobilnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 82 ze zm.) zwracam się z wnioskiem

o zapewnienie dostępności: (proszę zaznaczyć właściwy przedmiot wniosku z wymienionych poniżej)

**🞏 Zapewnienie dostępności strony internetowej**

 (proszę podać adres strony internetowej):

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

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

**🞏 Zapewnienie dostępności wskazanych poniżej elementów strony internetowej**

 (proszę wskazać elementy strony, które mają być dostępne oraz adres strony www):

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

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

**🞏 Udostępnienie za pomocą alternatywnego sposobu dostępu następującego elementu strony     internetowej**

(proszę wskazać preferowany sposób dostępu alternatywnego, element strony, który ma być

udostępniony w sposób alternatywny oraz adres strony www):

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

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

**Sposób** **kontaktu** Proszę wybrać preferowaną formę kontaktu z Panem/Panią:

1. telefonicznie (nr telefonu): ……………………………………………………………..

2. listownie(adres) ………………………………………….……………………………..

3. elektronicznie (adres e-mail) …………………………………………..….……………

4. Inna forma (jaka?) ………………………………………………………………………

………………………………………

data i podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 3 do Procedury zapewnienia

dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej

im. Jana Pawła II w Suwałkach

……………………………………….

 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

……………………………………….

………………………………………

 (adres Wnioskodawcy)

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U z 2022 r., poz. 2240 ze zm.), jako (zaznacz jedną z dwóch odpowiedzi):

**🞏 osoba ze szczególnymi potrzebami**

(tj. osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w której 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)

**🞏 przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami** (rodzic, opiekun, kurator)

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

(podaj imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

**wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:**

**🞏 dostępności architektonicznej,**

**🞏 dostępności informacyjno – komunikacyjnej**

**1. Jako barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępność wskazuję:**

Napisz dlaczego jest Ci trudno załatwić swoją sprawę. Możesz wymienić kilka powodów.

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

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

2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, w dniu ……………..………..o godz. ……… w celu:

**🞏 Załatwienia sprawy** – proszę podać jakiej

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

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

**3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez** (jakie wsparcie będzie dla Ciebie najlepsze):

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

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

**Sposób kontaktu** (wybierz formę kontaktu):

1. telefonicznie (nr telefonu): ……………………………………………………………..

2. listownie(adres) …………………………………………………………….

3. elektronicznie (adres e-mail) ……………………………………………………………..

4. Inna forma (jaka?) ………………………………………………………………

**UWAGA: W RAZIE REZYGNACJI Z POTRZEBY POMOCY PROSIMY ZGŁOSIĆ TEN FAKT NA NUMER TELEFONU: 87-5676910**

…………………………………data i podpis Wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH - zapewnienie dostępności**

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) - zwanego dalej RODO – informuje się, że:

**I. Administrator danych osobowych**: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach;

e-mail: sekretariat@paliatywna-suwalki.home.pl;

adres do korespondencji: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki;

tel. 87-5676910.

**II. Inspektor Ochrony Danych -** kontakt: e-mail: mediasystem@post.pl;

adres do korespondencji: jak wyżej;

tel. 601391460.

**III. Cele przetwarzania danych i podstawy prawne przetwarzania**: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego, wynikającego z art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, którym jest rozpatrzenie wniosku o zapewnienie dostępności.

**IV. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych:** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne; wynika z przepisów prawa, a odmowa ich podania uniemożliwi rozpatrzenie wniosku o zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Szanując prywatność Pani/Pana oraz innych osób, do których Pani/Pan może odwołać się podczas komunikacji z nami prosimy, aby w przekazywanej korespondencji podawać wyłącznie dane niezbędne do obsługi wniosku o zapewnienie dostępności. W szczególności jeżeli nie jest to konieczne i niezbędne do sporządzenia i rozpatrzenia wniosku, nie należy wskazywać danych szczególnej kategorii np. danych dotyczących zdrowia. Podanie przez Panią/Pana z własnej inicjatywy danych nadmiarowych (tj. danych niebędących niezbędnymi danymi do rozpatrzenia wniosku), w tym danych szczególnej kategorii np. danych dotyczących zdrowia oznacza, że ma Pani/Pan świadomość, że Administrator uzyskuje dostęp do tych danych.

**V. Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego celu, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przepisami prawa.

**VI. Prawo dostępu do danych osobowych:** Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

**VII. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:** Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**VIII. Odbiorcy danych:** Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i umów zawartych z Administratorem.

**IX.** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również

profilowane.

**X.** Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji

międzynarodowych.