

Miejscowość.....dnia.....

.....

imię i nazwisko

.....

adres do korespondencji

(pole nie jest wymagane)

**Samorządowe Kolegium Odwoławcze
w Piotrkowie Trybunalskim
ul. Słowackiego 19
97-300 Piotrków Trybunalski**

INFORMACJA O BRAKU DOSTĘPNOŚCI

Informuję o braku dostępności Państwa podmiotu dla osób ze szczególnymi potrzebami. Podmiot nie spełnia wymogów dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej, ponieważ:

.....

Podpis (pole nie jest wymagane)