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)