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)