



**SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI
ZDROWOTNEJ IM. PROF. MIECZYŚŁAWA KACZYŃSKIEGO W LUBLINIE**

Załącznik 1 do Procedury dotyczącej zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej i komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami.

Wniosek o udzielenie wsparcia

imię i nazwisko

nr telefonu komórkowego

adres poczty elektronicznej

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia podczas mojej wizyty/ wizyty w Szpitalu Neuropsychiatrycznym SPZOZ w Lublinie, polegającego na zapewnieniu pomocy:

- tłumacza języka migowego
- osoby zapewniającej wsparcie w zakresie: (proszę opisać w jakim?)

Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna do załatwienia następującej sprawy (krótki opis sprawy)

w dniu: w godzinach: od: do:

.....
Data i podpis