



# UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY im. L. Zamenhofs w Białymstoku

Załącznik 1 do Procedury dotycząca **zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej i komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami**, obowiązująca w UDSK w Białymstoku.

## Wniosek o udzielenie wsparcia

.....

imię i nazwisko

.....

nr telefonu komórkowego

.....

adres poczty elektronicznej

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia podczas mojej wizyty/ wizyty z dzieckiem w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, 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