

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr telefonu:

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania
Niepełnosprawności w Kaliszu**

**ul. Staszica 47 a
62-800 Kalisz**

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

.....
.....
.....
.....
.....

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:*

<input type="checkbox"/> dostęp do przeglądania informacji w urzędzie	<input type="checkbox"/> Kserokopia	<input type="checkbox"/> pliki komputerowe
---	-------------------------------------	--

RODZAJ NOŚNIKA:

<input type="checkbox"/> dyskietka 3,5	<input type="checkbox"/> CD-ROM	<input type="checkbox"/> DVD	<input type="checkbox"/> PENDRIVE
--	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

INNE FORMY UDOSTĘPNIENIA:

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

Przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod
adres

Przesłanie informacji pocztą pod
adres**

Odbiór osobiście przez wnioskodawcę

.....
data i podpis wnioskodawcy

* proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem

** wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej