|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa | | | | |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego  **Przedszkole nr 9 im. Jana Pawła II**  **ul. Robotnicza 30**  **97-200 Tomaszów Mazowiecki** | **Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego** | | | Portal sprawozdawczy GUS  **https://raport.stat.gov.pl/** lub  **https://dostepnosc.stat.gov.pl/**  Urząd Statystyczny  ul. St. Leszczyńskiego 48  20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON  *(wpisać, jeśli podmiot posiada)*  000816434 |  | **Stan w dniu 01.01.2025 r.** |  | Termin przekazania:  do **31.03.2025 r**. |

**Obowiązek przekazania danych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. 2023 r. poz. 773) oraz z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240, z późn. zm.)**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S | E | K | R | E | T | A | R | I | A | T | . | Z | S | P | 3 | @ | T | O | M | A | S | Z | O | W | - | M | A | Z | . | P | L |  |  |  |

*(e‑mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)*

**Lokalizacja siedziby podmiotu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: łódzkie | Powiat: tomaszowski | gmina miejska Tomaszów Mazowiecki |

**Dział 1. Dostępność architektoniczna**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów** | | | | | *……..1…… (wpisać)* | |
| 1. **Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach** | | | | |  | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne | | | | | *……..…0…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne | | | | | *……..…1…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych | | | | | *……..…1…*  *(wpisać)* | |
| 1. **Dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (z wyłączeniem pomieszczeń technicznych)** | | | | | | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń | | | | | *……..…0…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot nie umożliwia dostępu do wszystkich pomieszczeń | | | | | *……..1……*  *(wpisać)* | |
| 1. Rodzaje rozwiązań, które podmiot zastosował, aby umożliwić dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)* | | | | | | |
| Rozwiązania architektoniczne | ☐ | Środki techniczne | ☐ | Zainstalowane urządzenia | ☐ |  |
| 1. **Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach** | | | | | | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy | | | | | *……..…0…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i głosowy | | | | | *……..…0…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny, dotykowy i głosowy | | | | | *…….0.……*  *(wpisać)* | |
| 1. **Dostęp do budynków dla osób korzystających z psa asystującego** | | | | | | |
| 1. Liczba budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego | | | | | *……..…1…*  *(wpisać)* | |
| 1. Liczba budynków, do których podmiot nie zapewnia wstępu osobie korzystającej z psa asystującego | | | | | *……..0……*  *(wpisać)* | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ewakuacja lub** **ratowanie osób wewnątrz budynków** | | | | | | | |
| 1. Aby umożliwić ewakuację lub ratowanie osób wewnątrz budynków, podmiot zapewnia   *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)* | | | | | | | |
| Procedury ewakuacji lub ratowania | X | Sprzęt lub miejsce do ewakuacji lub ratowania | X | Pracowników przeszkolonych z procedur ewakuacji lub ratowania | | X |  |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania osób wewnątrz budynku   *(dotyczy tylko budynków, w których spełniono wszystkie 3 warunki wskazane w pytaniu 5a)* | | | | | *……..…1…*  *(wpisać)* | | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku   *(dotyczy tylko budynków, w których spełniono co najmniej 1 z 3 warunków wskazanych w pytaniu 5a)* | | | | | *……..0……*  *(wpisać* | | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku   *(dotyczy tylko budynków, w których nie spełniono żadnego z warunków wskazanych w pytaniu 5a)* | | | | | *……..0……*  *(wpisać* | | |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej:  *(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności architektonicznej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)*  Przedszkole nr 9 im. Jana Pawła II znajduje się w Tomaszowie Mazowieckim przy ulicy Robotniczej 30. Na teren przedszkola można wejść furtką lub bramą wjazdową. Do budynku przedszkola prowadzi ok. 200m wewnętrzna asfaltowa droga. Przedszkole znajduje się w budynku parterowym z piwnicą w której znajduje się kotłownia. Budynek ma jedno wejście do którego prowadzą schody. Nie posiadamy pochylni do wjazdu dla osób niepełnosprawnych, platform, informacji głosowych, pętli indukcyjnych. Na terenie przedszkola posiadamy 1 wyznaczone miejsce parkingowe dla osób niepełnosprawnych. Na teren przedszkola może wejść osoba z psem asystującym po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym tel. 44 723 12 33. Nie ma możliwości skorzystania z tłumacza języka migowego. | | | | | | | |

**Dział 2. Dostępność cyfrowa**

Dane w tym dziale odnoszą się do zgodności z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. 2023 poz. 1440), zwaną UdC, w związku z art. 2 oraz art. 6 pkt 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba** | **prowadzonych stron internetowych** | | | | | *…1………  (wpisać)* | |
| **udostępnianych aplikacji mobilnych** | | | | | *…0………  (wpisać)* | |
| Prosimy o określenie zgodności strony/aplikacji z wymogami UdC *(wpisać każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu;* *tylko strony/aplikacje, które posiadają deklarację dostępności, mogą być uznane za zgodne z wymogami UdC)* | | | | | | | |
| **Adres strony internetowej** *(wpisać)* | **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)* | | | | | | |
| p9tomaszow.wikom.pl | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | X | Niezgodna | | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | | ☐ |
| **Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania** *(wpisać)* | **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)* | | | | | | |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | | ☐ |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej:  *(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności cyfrowej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)*  Częściowo zgodna. | | | | | | | |

**Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Czy podmiot** **zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?**   *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–h)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zastosowanie formularza kontaktowego | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| 1. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej | | | | | | | | | | | | TAK | X | | NIE | ☐ |
| 1. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| 1. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| 1. Przesyłanie faksów | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| 1. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| 1. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | X |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi *„TAK”* – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) od razu ☐ | 2) w ciągu 1 dnia roboczego ☐ | | | | 3) w ciągu 2-3 dni roboczych ☐ | | | | | | 4) powyżej 3 dni roboczych ☐ | | | | | |
| 1. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | ☐ |
| 1. **Czy podmiot posiada** **urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących?**   *(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Pętle indukcyjne | | | | | | TAK ☐ | | | | | | NIE X | | | | |
| Liczba: | | | | *…………  (wpisać)* | |
| 1. Systemy FM | | | | | | TAK ☐ | | | | | | NIE X | | | | |
| Liczba: | | | | *…………  (wpisać)* | |
| 1. Systemy na podczerwień (IR) | | | | | | TAK ☐ | | | | | | NIE X | | | | |
| Liczba: | | | | *…………  (wpisać)* | |
| 1. Systemy Bluetooth | | | | | | TAK ☐ | | | | | | NIE X | | | | |
| Liczba: | | | | *…………  (wpisać)* | |
| 1. Inne *(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)* | | | | | | TAK ☐ | | | | | | NIE X | | | | |
| ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………. | | | | | | Liczba: | | | | *…………  (wpisać)* | |
| 1. **Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:** *(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **a. tekstu odczytywalnego maszynowo?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | X | | NIE | | | ☐ | |  | | | | | | |  |
| **b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | X | | NIE | | | ☐ | |  | | | | | | |  |
| **c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | X | | NIE | | | ☐ | |  | | | | | | |  |
| 1. **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał od osób ze szczególnymi potrzebami wniosek o zapewnienie szczególnej formy komunikacji?**   *(****na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d UzD****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | ☐ | NIE | | | | | X | | | | | | | | |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba wniosków – ogółem | | | | | | | | | | | | | | *…………  (wpisać)* | | |
| Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form  *(wpisać słownie np. alfabet Lorma - 1 raz, druk w alfabecie Braille’a - 3 razy)*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………...……..………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności informacyjno-komunikacyjnej:  *(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności informacyjno-komunikacyjnej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)*  Brak komentarzy i uwag. | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot zapewniał dostęp alternatywny?** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | |
| TAK | | ☐ | NIE | X | | | |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** | | | | | | | |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego ogółem | | | | | | *…………  (wpisać)* | |
| z tego w postaci | wsparcia innej osoby | | | | | *…………  (wpisać)* | |
| wsparcia technicznego | | | | | *…………  (wpisać)* | |
| zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu | | | | | *…………  (wpisać)* | |
| Brak jakiego rodzaju dostępności był powodem konieczności zastosowania dostępu alternatywnego?  *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)* | | | | | | | |
| Architektoniczna | | ☐ | Cyfrowa | ☐ | Informacyjno-komunikacyjna | ☐ |  |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)*  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | |

**Dział 5. Informacje o otrzymanych wnioskach/żądaniach zapewnienia dostępności oraz postępowanie skargowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał**   **wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej?**  *(****na podstawie art. 30 UzD****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | | | |
| TAK | | ☐ | | NIE | | | x | | |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** | | | | | | | | | |
| Liczba otrzymanych wniosków o zapewnienie dostępności ogółem | | | | | | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| z tego | dotyczących | | | | wyłącznie dostępności architektonicznej | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną  i informacyjno-komunikacyjną | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| rozpatrzonych w terminie | | | | do 14 dni | | | | *…………  (wpisać)* |
| dłuższym niż 14 dni | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| Liczba negatywnie rozpatrzonych wniosków o zapewnienie dostępności | | | | | | | | | *…………  (wpisać)* |
| z tego dotyczących | | wyłącznie dostępności architektonicznej | | | | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej | | | | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną i informacyjno-komunikacyjną | | | | | | | *…………*  *(wpisać)* |
| Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)* | | | | | | | | | |
| Bariery prawne ☐ | | | Bariery techniczne ☐ | | | | | Bariery finansowe ☐ | |
| Braki kadrowe ☐ | | | Brak czasu ☐ | | | | | Inne ☐ | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………… | | | | | | | | | |
| 1. **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe)**   **lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał**  **żądanie zapewnienia dostępności cyfrowej?** *(****na podstawie art. 18 UdC****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | | | |
| TAK | | ☐ | | NIE | | | x | | |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** | | | | | | | | | |
| Liczba otrzymanych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej ogółem | | | | | | | | | *………*  *(wpisać)* |
| Liczba żądań rozpatrzonych w terminie | | | | | | do 7 dni | | | *………*  *(wpisać)* |
| dłuższym niż 7 dni | | | *………*  *(wpisać)* |
| Liczba negatywnie rozpatrzonych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej | | | | | | | | | *………*  *(wpisać)* |
| Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności cyfrowej  *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)* | | | | | | | | | |
| Bariery prawne ☐ | | | Bariery techniczne ☐ | | | | | Bariery finansowe ☐ | |
| Braki kadrowe ☐ | | | Brak czasu ☐ | | | | | Inne ☐ | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………… | | | | | | | | | |
| 1. **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe)**   **lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał**  **skargę na brak dostępności cyfrowej?** *(****na podstawie art. 18 UdC****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | TAK | ☐ | NIE | x |   ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** | | | | | | | | | |
| Liczba otrzymanych skarg na brak dostępności cyfrowej ogółem | | | | | | | | | *.………*  *(wpisać)* |
| z tego | | | | | pozytywnie rozpatrzonych | | | | *………… (wpisać)* |
| negatywnie rozpatrzonych | | | | *………… (wpisać)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności, do której odnoszą się złożone skargi  *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)* | | |
| Bariery prawne ☐ | Bariery techniczne ☐ | Bariery finansowe ☐ |
| Braki kadrowe ☐ | Brak czasu ☐ | Inne ☐ |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………… | | |

*(e‑mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 44 723 12 20 |  | Tomaszów Mazowiecki, 03.04.2025r. |
| (telefon kontaktowy) |  | (miejscowość, data) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S | E | K | R | E | T | A | R | I | A | T | . | Z | S | P | 3 | @ | T | O | M | A | S | Z | O | W | . | M | A | Z | . | P | L |  |  |  |