………..……….., dnia ................................

(miejscowość) (data)

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

imię i nazwisko

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

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

adres

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

telefon kontaktowy

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

adres poczty elektronicznej (e –mail)

**Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych**

Al. Jerozolimskie 181C 02-222 Warszawa

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019roku o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (wskazuję następujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające zapewnienie dostępności w Urzędzie Rejestracji Produktów Biobójczych Wyrobów Medycznych i Wyrobów Medycznych w zakresie:

* architektonicznym\*,
* informacyjno-komunikacyjnym\*
* cyfrowym\*:

Proszę jak najdokładniej opisać utrudnienia np.:

* w zakresie dostępności architektonicznej: wskazać piętro, lokalizację, rodzaj utrudnienia,
* w zakresie dostępności informacyjno–komunikacyjnej: utrudnienia w korzystaniu z wybranego kanału komunikacji,
* w zakresie dostępności cyfrowej: proszę wskazać której strony internetowej dotyczy, jakiego elementu strony dotyczy; filmu, artykułu, linku; proszę podać gdzie na stronie znajduje się niedostępny element

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie wskazuję, iż preferowany przeze mnie sposób zapewnienia dostępności powinien polegać na:…………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Odbiór odpowiedzi na wniosek:** | |
| proszę wysłać pocztą tradycyjną |  |
| proszę wysłać na adres e-mail |  |
| odbiór osobisty |  |

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

**podpis wnioskodawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić

**Informacja Dotycząca przetwarzania danych Osobowych w związku ze złożeniem wniosku o zapewnienie dostępności**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE dalej RODO informujemy, iż:

**Dane kontaktowe Administratora**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z siedzibą: Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa.

**Inspektor Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pod adresem e-mail: [iod@urpl.gov.pl](mailto:iod@urpl.gov.pl).

**Cele i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe w zakresie podanym we wniosku o zapewnienie dostępności będą przetwarzane w celu realizacji złożonego wniosku.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c. RODO.

**Odbiorcy danych**

Państwa dane osobowe będą mogły być przekazywane wyłącznie podmiotom upoważnionym z mocy prawa. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi Urząd zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowanych w Urzędzie systemów informatycznych.

Odbiorcą Państwa danych osobowych będzie Wojewoda Podlaski w związku z korzystaniem przez Urząd Rejestracji Produktów, Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z systemu Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją (EZD PUW).

**Przekazywanie danych do państw trzecich**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres nie dłuższy 2 lata od zakończenia sprawy, a następnie na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 1 *ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku, o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach* Pani/Pana dane będą przechowywane w celu archiwizacji zgodnie z kategorią archiwalną.

**Prawa osób, których dane dotyczą**

Posiadają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, a także przenoszenia danych. Mają Państwo również prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Informacja o dowolności lub obowiązku/wymogu podania danych**

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wniosku.

**Informacja dotycząca Profilowania i zautomatyzowanego podejmowania decyzji**

Nie będą podejmowane decyzje, które opierają się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu Pani/Pana danych, w tym ich profilowaniu, które wywoływałoby wobec Pani/Pana skutki prawne lub   
w podobny sposób znacząco na Panią/Pana wpływało.

**Zapoznałam/em się z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o zapewnienie dostępności**

………….………………………………………….

**miejscowość, data, podpis wnioskodawcy**