

**W Z Ó R**

Symbol akt: .....

....., dnia \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ r.

.....  
(pieczęć nagłówkowa inspektora pracy)

Nr rej.:

.....  
.....  
.....**DECYZJA**

Działając na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 i ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 ze zm.) oraz § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 stycznia 2000 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 6, poz. 77 z późn. zm.) w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. Nr 89, poz. 589) oraz art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.),

w związku z wnioskiem z dnia \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ r. w sprawie .....

.....

.....

**stwierdzam**

że obiekty i pomieszczenia zakładu pracy .....

.....

- a) **odpowiadają / nie odpowiadają<sup>(\*)</sup>** przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy.
- b) **uwzględniają / nie uwzględniają<sup>(\*)</sup>** potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz **spełniają / nie spełniają<sup>(\*)</sup>** wymagania dostępności do nich.

# Uzasadnienie

## Pouczenie:

Od decyzji stronie przysługuje prawo wniesienia odwołania do Okręgowego Inspektora Pracy w .....  
..... w terminie 14 dni od daty jej doręczenia za pośrednictwem inspektora pracy, który wydał decyzję (art. 127 § 1 i 2 Kodeksu postępowania administracyjnego w związku z art. 19 ust. 1 pkt 5 ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy).

.....  
(podpis i pieczęć inspektora pracy)

<sup>(\*)</sup>niepotrzebne skreślić