

W Z Ó R

Symbol akt:

....., dnia __ . __ . ____ r.

.....
(pieczęć nagłówkowa inspektora pracy)

Nr rej.:

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

Na podstawie art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.) i 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 art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. Nr 89, poz. 589),

w związku z wnioskiem z dnia __ . __ . ____ r. znak: w sprawie stwierdzenia, że obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy:

- a/ odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
- b/ uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich

stwierdzam

że obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy”

.....
.....

(nazwa i dokładny adres / adres lokalizacji obiektów i pomieszczeń będących przedmiotem wniosku)

- a/ **odpowiadają / nie odpowiadają^(*)** przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
- b/ **uwzględniają / nie uwzględniają^(*)** potrzeb(y) osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz **spełniają / nie spełniają^(*)** 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 § 2 i art. 129 § 1 i 2 Kodeksu postępowania administracyjnego w związku z art. 16 ust. 1 pkt 4 ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy).

^(*)niepotrzebne skreślić

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