|  |
| --- |
| **Zgłoszenie zamiaru skorzystania z prawa do bezpłatnego transportu do lokalu wyborczego przez wyborców niepełnosprawnych oraz przez wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 60 rok życia w wyborach do Rady Gminy, Powiatu i Sejmiku Województwa oraz wyboru Burmistrza****zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024r.** |
| Nazwisko i imię (imiona) wyborcy |  |
| PESEL wyborcy |  |
| Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu wyborcy |  |
| Numer telefonu wyborcy lub adres e-mail |  |
| Podstawa wnioskowania o transport (odpowiednie zaznaczyć) | Osoba niepełnosprawna o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprwnychWyborca, który najpóźniej w dniu głosowania kończy 60 rok życia. |
| Czy jest Pani/Pan osobą z orzeczoną niepełnosprawnością |   TAK NIE |
| Orzeczony stopień niepełnosprawności |  |
| Data ważności orzeczenia |  |
| Czy jest Pani/Pan osobą poruszająca się na wózku inwalidzkim |   TAK NIE   |
| Czy będzie Panu/Pani towarzyszył opiekun? |  TAK NIE |
| Nazwisko i imię (imiona) opiekuna |  |
| PESEL opiekuna |  |
| Numer telefonu opiekuna |  |
| Siedziba Obwodowej Komisji Wyborczej, do której przypisany został wyborca |  |
| Chcę skorzystać z transportu powrotnego? |  TAK NIE |

………………………………………………………….

 (data i podpis)