**Zgłoszenie skorzystania z darmowego transportu do lokalu wyborczego do rad gmin, rad powiatów i sejmików województw oraz wyborów wójtów, burmistrzów i prezydentów miast zaczadzonych na dzień 7 kwietnia 2024r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i Imię (imiona) wyborcy |  |
| PESEL wyborcy |  |
|  |
| 1. Czy jest Panu/Pani osobą z orzeczoną niepełnosprawnością | □ TAK\*□ NIE\* jeśli zaznaczono TAK proszę o uzupełnienie punktów 1.1 -1.6 |
| 1.1 Orzeczony stopieńNiepełnosprawności |  |
| 1.2 Data ważności orzeczenia |  |
| 1.3 Czy jest Panu/Pani osobą poruszająca się na wózkuinwalidzkim | □ TAK□ NIE |
| 1.4 Czy będzie Panu/Pani towarzyszył opiekun? | □ TAK□ NIE |
| 1.5 Nazwisko i Imię (imiona) opiekuna |  |
| 1.6 PESEL opiekuna |  |
|  |
| Miejsce zamieszkania lub miejsce Pobytu |  |
| Czy będzie Pan/Pani korzystać z transportu powrotnego? | □ TAK□ NIE |
|  |
| Numer telefonu wyborcy |  |
| Adres email wyborcy |  |