**WÓJT GMINY PRZEWORNO**

**UL. KOLEJOWA 4A**

**57-130 PRZEWORNO**

**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z bezpłatnego transportu do lokalu wyborczego dla wyborców niepełnosprawnych o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz wyborcy, który najpóźniej w dniu głosowania kończy 60 lat, w wyborach posłów do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na dzień 9 czerwca 2024 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OGÓLNE** | |
| Nazwisko i imię (imiona) wyborcy |  |
| PESEL wyborcy |  |
| Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu wyborcy |  |
| Numer telefonu wyborcy |  |
| Adres email (w przypadku wybrania tej formy kontaktu) |  |
| Czy jest Pani/ Pan osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności | □ **TAK**  □ **NIE** |
| Stopień niepełnosprawności |  |
| Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności |  |
| Czy jest Pani/Pan osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim? | □ **TAK**  □ **NIE** |
| Czy Pani/Pana stan zdrowia pozwala na samodzielną podróż do lokalu wyborczego? | □ **TAK**  □ **NIE** |
| Czy będzie Pani/Panu towarzyszył opiekun? | □ **TAK**  □ **NIE** |
| Nazwisko i imię (imiona) opiekuna |  |
| PESEL opiekuna |  |
| **Transport powrotny** | |
| Czy będzie Pani/Pan korzystał z transportu powrotnego? | □ **TAK**  □ **NIE** |
| **Data**  ………………………………………………… | **Czytelny podpis wyborcy (wnioskodawcy)**  ………………………………………………… |