Zgłoszenie zamiaru skorzystania z darmowego transportu dla osób niepełnosprawnych,

oraz tych którzy ukończyli 60 r ż. do lokalu wyborczego

**w wyborach do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej**

**w dniu 15 października 2023 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i Imię (imiona) wyborczy |  |
| PESEL wyborcy |  |
|  | |
| Czy jest Panu/Pani osobą z orzeczoną niepełnosprawnością | **□ TAK**  **□ NIE** |
| Orzeczony stopień niepełnosprawności |  |
| Data ważności orzeczenia |  |
| Czy jest Panu/Pani osobą poruszająca się na wózku inwalidzkim | **□ TAK**  **□ NIE** |
|  | |
| Czy będzie Panu/Pani towarzyszył opiekun? | **□ TAK**  **□ NIE** |
| Nazwisko i Imię (imiona) opiekuna |  |
| PESEL opiekuna |  |
|  | |
| Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu |  |
|  | |
| Czy będzie Pan/Pani korzystać z transportu powrotnego? | **□ TAK**  **□ NIE** |
|  | |
| Numer telefonu wyborcy |  |
| Adres email wyborcy |  |