**Gmina Iława**

**ul. Gen. Wł. Andersa 2A**

 **14-200 Iława**

**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z bezpłatnego transportu do lokalu wyborczego dla wyborców niepełnosprawnych oraz tych, którzy ukończyli 60 r.ż. w wyborach do rad gmin, rad powiatów i sejmików województw oraz wójtów, burmistrzów i prezydentów miast zarządzonych na dzień**

**7 kwietnia 2024 r.**

|  |
| --- |
| **DANE OGÓLNE**  |
|  **Imię i nazwisko 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** |
| Imię i nazwisko opiekuna |  |
| PESEL opiekuna  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **Transport powrotny** |
| Czy będzie Pani/Pan korzystał z transportu powrotnego? |  [ ]  **TAK** [ ]  **NIE**   |
|  ………………………………………………………..**Data** | ……………………………………………………….. **Czytelny podpis wyborcy (wnioskodawcy)**   |