**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)** | | |