

Dziadkowice, dnia.....2024 r.

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z PRAWA TRANSPORTU
DO LOKALU WYBORCZEGO LUB TRANSPORTU POWROTNEGO

Wójt Gminy Dziadkowice
Dziadkowice 13
17-306 Dziadkowice

Imię (imiona) i nazwisko wyborcy	
Imię (imiona) i nazwisko opiekuna, jeśli ma towarzyszyć wyborcy	
Nr ewidencyjny PESEL wyborcy	
Nr ewidencyjny PESEL opiekuna, jeśli ma towarzyszyć wyborcy	
Oznaczenie miejsce zamieszkania lub miejsca pobytu wyborcy, o którym mowa w art. 37e § 1 pkt 1 i 2	
Numer telefonu*	
Adres poczty elektronicznej*	

Zgłaszam zamiar skorzystania z prawa do transportu do lokalu wyborczego
.....
...../adres lokalu wyborczego
właściwego dla obwodu głosowania, w którego spisie wyborców ujęty jest ten wyborca albo w
przypadku głosowania na podstawie zaświadczenia adres najbliższego lokalu wyborczego/ w
wyborach organów jednostek samorządu terytorialnego zarządzonych na dzień 7 kwietnia
2024 r.

Zamierzam skorzystać z transportu powrotnego:

** Tak/Nie.

Oświadczenia:

******Oświadczam, że stan zdrowia nie pozwala mi na samodzielną podróż.

******Oświadczam, że posiadam orzeczenie o znacznym / umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ważne do dnia

.....
Podpis

** Wypełnić, jeśli wyborca posiada telefon, pocztę elektroniczną*

**** Niewłaściwe skreślić.**