**Koło,………………………….. r.**

**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z darmowego transportu do lokalu wyborczego organizowanego**

**przez Burmistrza Miasta Koła**

**w wyborach organów jednostek samorządu terytorialnego**

**w dniu 7 kwietnia 2024r. dla osób niepełnosprawnych,**

**oraz tych którzy najpóźniej w dniu głosowania ukończą 60 lat**

***(na podst. art. 37e Kodeksu Wyborczego)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona) wyborcy** |  |
| **PESEL wyborcy** |  |
|  | |
| **Czy jest Pan/Pani osobą z orzeczoną niepełnosprawnością?\*** | **TAK**  **NIE** |
| **Orzeczony stopień niepełnosprawności** |  |
| **Data ważności orzeczenia** |  |
| **Czy jest Pan/Pani osobą poruszającą 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 wyborcy** |  |
|  | |
| **Czy będzie Pan/Pani korzystać z transportu powrotnego?\*** | **TAK**  **NIE** |
|  | |
| **Numer telefonu wyborcy** |  |
| **Adres e-mail wyborcy (nieobowiązkowe)** |  |

**Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe Podpis wyborcy:**