**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z nieodpłatnego transportu do lokalu wyborczego na terenie Miasta Słupca, w wyborach posłów do Parlamentu Europejskiego**

**w dniu 9 czerwca 2024 r.**

**dla wyborców o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności oraz tych, którzy najpóźniej w dniu głosowania ukończą 60 lat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i Imię (imiona ) wyborcy** |  |
| **PESEL wyborcy** |  |
| **Czy jest Pan/Pani osobą z orzeczoną niepełnosprawnością?** | TAK  Orzeczony stopień niepełnosprawności: ……………………………………..  Data ważności orzeczenia: ………………………………………………………    NIE |
| **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, z którego będzie następował transport** |  |
| **Czy będzie Pan/Pani korzystać z transportu powrotnego?** | TAK    NIE |
| **Numer telefonu wyborcy** |  |
| **Adres e-mail wyborcy** |  |