

**ZGŁOSZENIE SKORZYSTANIA Z DARMOWEGO TRANSPORTU
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH,
ORAZ TYCH KTÓRZY UKOŃCZYLI 60 ROK ŻYCIA
DO LOKALU WYBORCZEGO
W WYBORACH PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
W DNIU 18 MAJA 2025 R.**

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 poruszająca 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 lub adres e-mail	
Numer telefonu opiekuna	

.....
(data i podpis)