



BEZPŁATNY TRANSPORT DO LOKALU WYBORCZEGO W DNIU WYBORÓW DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW, SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW I RAD DZIELNIC M.ST. WARSZAWY ORAZ WYBORÓW WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIAST ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.

Wójt Gminy Marcinowice informuje, że w celu zapewnienia jak najszerszego udziału w procesie głosowania w wyborach do rad gmin, rad powiatów, sejmików województw oraz wyborów wójtów, burmistrzów i prezydentów miast zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024 r. wyborcy niepełnosprawni o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz wyborcy, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 60 lat, mają prawo do bezpłatnego transportu do lokalu wyborczego.

Wyborcy niepełnosprawnemu, którego stan zdrowia nie pozwala na samodzielną podróż, może towarzyszyć opiekun.

Zamiar skorzystania z takiego transportu należy zgłaszać do Urzędu Gminy Marcinowice : do dnia 25 marca 2024 r. (poniedziałek) do godz. 15:00.

Na podstawie ww. zgłoszenia, zostaną ustalone trasy dowozów i najpóźniej na 3 dni przed wyborami

(tj. do 4 kwietnia br.) każdy zainteresowany otrzyma informację zwrotną o orientacyjnej godzinie przewozu.

Marcinowice, dnia r.

.....
Imię i Nazwisko Wyborcy

.....
Nr Pesel

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Kod Pocztowy, Miejscowość

.....
Telefon kontaktowy

.....
Adres e-mail

WÓJT GMINY MARCINOWICE
Urząd Gminy Marcinowice
Ul. J. Tuwima 2
58-124 Marcinowice

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEGO TRANSPORTU DO
LOKALU WYBORCZEGO**

w dniu wyborów do rad gmin, rad powiatów, sejmików województw oraz wyborów wójtów,
burmistrzów i prezydentów miast zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024

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

a)

transportu do lokalu wyborczego wraz z opiekunem

transportu do lokalu wyborczego bez opiekuna

b)

oraz transportu powrotnego wraz z opiekunem

oraz transportu powrotnego bez opiekuna

.....
Imię i nazwisko oraz numer PESEL opiekuna *

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

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

* należy wypełnić w przypadku transportu wraz z opiekunem

.....
podpis wnioskodawcy