Zgłoszenie zamiaru skorzystania z bezpłatnego transportu osób niepełnosprawnych / osób 60+*

W WYBORCH Prezydenta RP w dniu 18.05.2025R.

IMIĘ I NAZWISKO WYBORCY	PESEL WYBORCY	IMIE I NAZWISKO OPIEKUNA	PESEL OPIEKUNA	MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZGODNE Z REJESTREM WYBORCÓW	ZAMIAR SKORZYSTANIA Z TRANSPORTU POWROTNEGO	TELEFON LUB MAIL

……

Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Oświadczenie wyborcy o orzeczonym stopniu niepełnosprawności i jego ważności**

Oświadczam, że posiadam …… stopień niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Orzeczenie to ważne jest do dnia ……

…….

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* właściwe podkreślić

**Oświadczenia nie wypełniają osoby 60+