Lgota Wielka, 19 września 2023 r.

# OGŁOSZENIE

Wójt Gminy Lgota Wielka informuje, że **w** **terminie do 2 października 2023 roku** w Urzędzie Gminy w Lgocie Wielkiej przyjmowane będą zgłoszenia zamiaru skorzystania z prawa do bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania do lokalu wyborczego i/lub bezpłatnego transportu powrotnego przez wyborców niepełnosprawnych o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 19097 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych  oraz wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 60 lat.

 Zgłoszeń można dokonywać ustnie, pisemnie lub w formie elektronicznej. Zgłoszenia zgodnie z załączonym wzorem można dokonać w Urzędzie Gminy w Lgocie Wielkiej pokój nr 2, pod numerem telefonu: (44) 680 13 81, na adres e-mail: gmina@lgotawielka.pl.

Wójt informuje wyborcę, który zgłosił zamiar skorzystania z prawa transportu do lokalu, o godzinie transportu do lokalu w dniu głosowania, **najpóźniej na 3 dni przed dniem głosowania.**

Wyborca, który zgłosił zamiar skorzystania z prawa do transportu do lokalu lub transportu powrotnego, może wycofać swoje zgłoszenie albo zrezygnować tylko z transportu powrotnego **nie później niż na 2 dni przed dniem głosowania**. Wycofanie zgłoszenia albo zrezygnowanie z transportu powrotnego może być dokonane ustnie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Wzór zgłoszenia w załączeniu. *Wójt*

 *mgr inż. Jery Kotlewski*

**Zgłoszenie skorzystania z darmowego transportu dla osób niepełnosprawnych oraz tych, którzy ukończyli 60 rok życia do lokalu wyborczego w wyborach do Sejmu RP i Senatu RP w dniu 15 października 2023 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i Imię (imiona) wyborcy |  |
| PESEL wyborcy |  |
|  |
| Czy jest Panu/Pani osobą zorzeczoną niepełnosprawnością | □ TAK□ NIE |
| Orzeczony stopieńNiepełnosprawności |  |
| Data ważności orzeczenia |  |
| Czy jest Panu/Pani osobąporuszająca się na wózkuinwalidzkim | □ TAK□ NIE |
| Czy będzie Panu/Pani towarzyszyłopiekun? | □ TAK□ NIE |
| Nazwisko i Imię (imiona) opiekuna |  |
| PESEL opiekuna |  |
|  |
| Miejsce zamieszkania lub miejscePobytu |  |
| Czy będzie Pan/Pani korzystać ztransportu powrotnego? | □ TAK□ NIE |
|  |
| Numer telefonu wyborcy |  |
| Adres e-mail wyborcy |  |