ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEGO TRANSPORTU DO LOKALU WYBORCZEGO DLA WYBORCÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ TYCH, KTÓRZY UKOŃCZYLI 60 R.Ż W WYBORACH SAMORZĄDOWYCH ZARZĄDZONYCH NA 7 KWIETNIA 2024 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OGÓLNE** | | |
| **Nazwisko i imię (imiona) wyborcy** |  | |
| **PESEL wyborcy** |  | |
| **Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu wyborcy** |  | |
| **Numer telefonu wyborcy** |  | |
| Adres email  (w przypadku wybrania tej formy kontaktu) |  | |
| **Wypełnia wyborca niepełnosprawny** | | |
| Czy jest Pani/Pan osobą z orzeczoną  niepełnosprawnością | **□ TAK □ NIE** | |
| Orzeczony stopień niepełnosprawności |  | |
| Data ważności orzeczenia |  | |
| Czy jest Pani/Pan osobą poruszająca się na wózku inwalidzkim | **□ TAK □ NIE** | |
| **Wypełnia wyborca, który ukończył 60 lat** | | |
| Czy najpóźniej w dniu głosowania będzie miała/miał Pani/Pan ukończone 60 lat? | | **□ TAK □ NIE** |
| Czy Pani/Pan stan zdrowia nie pozwala na samodzielną podróż do lokalu wyborczego? | | **□ TAK □ NIE** |
| **Opiekun** | | |
| Czy będzie Pani/Pan towarzyszył opiekun? | | **□ TAK □ NIE** |
| Nazwisko i Imię (imiona) opiekuna | |  |
| PESEL opiekuna | |  |
| **Transport powrotny** | | |
| Czy będzie Pani/Pan korzystał z transportu powrotnego? | | **□ TAK □ NIE** |
| **Data** | | **Czytelny podpis wyborcy (wnioskodawcy)** |
|  | |  |

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta i Gminy w Skaryszewie jest Burmistrz Miasta i Gminy Skaryszew, ul. Juliusza Słowackiego 6, 26-640 Skaryszew, tel. +48 610 30 89.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Urzędu, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu mailowego: [iod@kozienice.pl](mailto:iod@kozienice.pl) lub kierując korespondencję na adres administratora.
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.