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

**WYBORCÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ TYCH, KTÓRZY UKOŃCZYLI 60 R.Ż. W WYBORACH DO SEJMU I SENATU RP W DNIU 15 PAŹDZIERNIKA 2023 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/Pana stan zdrowia nie pozwala  na samodzielną podróż do lokalu  wyborczego? | | □ TAK □ NIE | | |
| **Opiekun** | | | | |
| Czy będzie Pani/Panu 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)**  ……………………………………………………….. ……………………………………………………….. | | | | |
| **ADNOTACJE URZĘDOWE** | | | | |
|  | | | | |

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 Gminy w Michałowie jest Wójt Gminy Michałów, Michałów 115, 28-411 Michałów, tel.: +48 41 356-52-43, e-mail:michalow@op.pl.

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: inspektor@cbi24.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.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przekazywania przez Urząd istotnych informacji związanych z prowadzoną sprawą.

.................................................

czytelny podpis wnioskodawcy