

.....  
miejscowość, data

**Wójt Gminy Łączna  
Czerwona Górka 1B  
26-140 Łączna**

## **Z g ł o s z e n i e**

**zamiaru skorzystania z bezpłatnego transportu do lokalu wyborczego  
na terenie Gminy Łączna w wyborach Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej  
zarządzonych na dzień 18 maja 2025 roku**

| <b>DANE OGÓLNE</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nazwisko i imię (imiona) wyborcy                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
| Nr ewidencyjny PESEL wyborcy                                                                                                                                                                                                                                    | -----                                                     |
| Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu<br>wyborcy                                                                                                                                                                                                              |                                                           |
| Numer telefonu kontaktowego do wyborcy                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |
| Adres e – mail (wypełnić w przypadku<br>wybrania tej formy kontaktu)                                                                                                                                                                                            |                                                           |
| Numer obwodu głosowania                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| Siedziba właściwego lokalu wyborczego<br><br>adres lokalu wyborczego właściwego dla obwodu,<br>w którego spisie wyborców ujęty jest wyborca<br>albo w przypadku głosowania na podstawie<br>zaświadczenia adres najbliższego lokalu<br>wyborczego                |                                                           |
| <b>Wypełnia wyborca niepełnosprawny</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| Czy jest Pani / Pan osobą posiadającą<br>orzeczenie o niepełnosprawności w<br>rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia<br>1997 roku o rehabilitacji zawodowej i<br>społecznej oraz zatrudnianiu osób<br>niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r.<br>poz. 44 ze zm.) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Stopień niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
| Data ważności orzeczenia o<br>niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
| Czy jest Pani / Pan osobą poruszającą się na<br>wózku inwalidzkim?                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

| Wypełnia wyborca, który najpóźniej w dniu głosowania kończy 60 lat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Czy najpóźniej w dniu głosowania będzie miała / miał Pani / Pan ukończone 60 lat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                |
| Czy Pani / Pana stan zdrowia pozwala na samodzielną podróż do lokalu wyborczego?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                |
| <p align="center"><b>Opiekun</b></p> <p>(wyborcy, któremu stan zdrowia nie pozwala na samodzielną podróż, może towarzyszyć opiekun)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          |
| Czy będzie Pani / Panu towarzyszył opiekun?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                |
| Nazwisko i Imię (imiona) opiekuna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |
| Nr ewidencyjny PESEL opiekuna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                    |
| Transport powrotny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
| Czy będzie Pani / Pan korzystała / korzystał z transportu powrotnego?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                |
| <p>Oświadczam, że jestem świadoma / świadomy, że stosownie do treści art. 37e § 5 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 365) w przypadku wyborów Prezydenta Rzeczypospolitej <u>zgłoszenie zamiaru skorzystania z prawa do transportu do lokalu lub transportu powrotnego dotyczy również p</u> <u>ownego głosowania</u>, które ewentualnie będzie odbywać się w dniu 01 czerwca 2025 roku.</p> <p>Oświadczam również, że jestem świadoma / świadomy, że stosownie do treści art. 37e. § 9 przywołanej ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy <u>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.</u></p> |                                                                          |
| <p align="center">.....<br/>data</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p align="center">.....<br/>(czytelny podpis wyborcy – wnioskodawcy)</p> |

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Gmina Łączna z siedzibą: Czerwona Górka 1B, 26-140 Łączna, e-mail: [urząd@laczna.pl](mailto:urząd@laczna.pl), tel. 41 254 89 60, reprezentowana przez Wójta.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. 2019, poz. 506 ze zm.) oraz innych ustaw i przepisów regulujących wykonywanie zadań gminy. W zakresie w jakim załatwienie sprawy odbywa się w sposób milczący, podstawą przetwarzania danych osobowych są również przepisy art. 122a – 122h Kodeksu postępowania administracyjnego - ustawa z dnia 14 czerwca 1960r. ( t. j. Dz. U. 2020 poz. 256 ).
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
- 5) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(własnoręczny czytelny podpis wyborcy)