


T.C.  
.....SEÇİM KURULU BAŞKANLIĞI

ENGELLİ BEYAN FORMU

Engellilik Durumu Beyan Edilen Kişinin	
<b>KİMLİK BİLGİLERİ</b>	
T.C. Kimlik No	:
Adı	:
Soyadı	:
Engelli durumu	: <input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> İşitme <input type="checkbox"/> Ortopedik Merdiven Çıkamaz
Cep Telefonu	:
E-posta adresi	:
<b>ADRES BİLGİLERİ</b>	
İl	:
İlçe	:
Muhtarlık	:
Cadde/Sokak	:
Kapı No	:
Daire No	:
<b>Beyan Eden Kişi</b>	
<input type="checkbox"/> Kendisi ise	<input type="checkbox"/> Yakını ise
İmza:	T.C. Kimlik No:
	Adı:
	Soyadı:
	Yakınlık Derecesi:
	İmza:
<b>Teslim Alan (Muhtar veya İlçe Seçim Kurulu Yetkilisi )</b>	
	Adı Soyadı:
	Ünvanı:
	İmzası/Mührü:
	Tarih:
	

**AÇIKLAMALAR**

- 1- BU FORMA ENGELLİLİK DURUMU BEYANI YAPILAN KİŞİNİN KİMLİK FOTOKOPİSİNİN DE EKLENMESİ GEREKİR.
- 2-DOLDURULAN ENGELLİ BEYAN FORMU, YERLEŞİM YERİ ADRESİNİN BAĞLI OLDUĞU İLÇE SEÇİM KURULUNA VEYA İLÇE SEÇİM KURULUNA İLETİLMEK ÜZERE BAĞLI BULUNULAN MUHTARLIĞA VEYA DOĞRUDAN SEÇMEN KÜTÜĞÜ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE İLETİLMELİDİR.
- 3- E-POSTA VEYA CEP TELEFONU ALANLARINDAN BİRİNİ DOLDURMANIZ HALİNDE SEÇİMLE İLGİLİ BİLGİLENDİRMELER TARAFINIZA GÖNDERİLECEKTİR.