

T.C.
.....SEÇİM KURULU BAŞKANLIĞI

ENGELLİ BEYAN FORMU

Engellilik Durumu Beyan Edilen Kişinin	
KİMLİK BİLGİLERİ	
T.C. Kimlik No	:
Adı	:
Soyadı	:
Engelli durumu	: <input type="checkbox"/> Görme (%40 ve üzeri) <input type="checkbox"/> Ortopedik (%40 ve üzeri)
Cep Telefonu	:
E-posta adresi	:
ADRES BİLGİLERİ	
İl	:
İlçe	:
Muhtarlık	:
Cadde/Sokak	:
Kapı No	:
Daire No	:
Beyan Eden Kişi	
<input type="checkbox"/> Kendisi ise	<input type="checkbox"/> Yakını ise
İmza:	T.C. Kimlik No:
	Adı:
	Soyadı:
	Yakınlık Derecesi:
	İmza:
Teslim Alan (Muhtar veya İlçe Seçim Kurulu Yetkilisi)	
	Adı Soyadı:
	Ünvanı:
	İmzası/Mührü:
	Tarih:
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">MÜHÜR</div>

AÇIKLAMALAR

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