**Komisarz Wyborczy**

**w Zielonej Górze**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W WYBORACH ORGANÓW JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO ZARZĄDONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwisko** |  |
| **imię (imiona)** |  |
| **numer PESEL** |  |
| **ADRES, na który ma być przesłany pakiet wyborczy** |  |
| **numer telefonu do kontaktu[[1]](#footnote-1)\*** |  |
| **adres e-mail do kontaktu[[2]](#footnote-2)\*** |  |

**TAK NIE** Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille′a

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

**TAK NIE** Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych o którym mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

**Do zgłoszenia dołączam** kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

**……………………., dnia ………………. ………………………………………………….**

 (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)

1. \* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)