

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

| | |
|---|--|
| <i>NAZWISKO</i> | |
| <i>IMIĘ (IMIONA)</i> | |
| <i>IMIĘ OJCA</i> | |
| <i>DATA URODZENIA</i> | |
| <i>NR PESEL</i> | |
| <i>ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYŚLANY PAKIET WYBORCZY</i> | |

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

.....
(nazwa gminy/miasta)

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć) :

Sejm RP i Senat RP

Prezydent RP

Parlament Europejski

Samorząd terytorialny

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a.

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

.....dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis wyborcy)