……………………………………………………. ………..………………………., dnia …….……….. 2019 r.

…………………………………………………….

Imiona i nazwisko

**Komisarz Wyborczy**

**w** ………………………………………….…………

**ZGŁOSZENIE**

**zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborcę niepełnosprawnego**

w wyborach do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej zarządzonych na dzień 13 października 2019 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane osoby dokonującej zgłoszenia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | | | | | | | | Drugie imię | | | | | | | | | | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię ojca | | | | | | | | | | | | Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres na który będzie wysłany pakiet korespondencyjny | | | | Gmina | | | | | | | | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | Nr  domu | | | | | Nr  lokalu | | | | Poczta | | | | | | | Kod  pocztowy | | |  | |  | | **-** | |  | |  | |  |
| Numer ewidencyjny PESEL |  |  |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | Numer  telefonu |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**Oświadczenie**

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

……………………………………………………………………….……

(nazwa gminy/miasta)

 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.

………………………………………………………...

podpis wyborcy

\* proszę o zaznaczenie odpowiednio znakiem „X”