……………………………………………………. ………..………………………., 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 | Nrdomu | Nrlokalu | Poczta | Kodpocztowy |  |  | **-** |  |  |  |
| 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”