

....., dnia

(miejscowość)

(data)

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO

| | |
|--|--|
| NAZWISKO | |
| IMIĘ (IMIONA) | |
| IMIĘ OJCA | |
| DATA URODZENIA | |
| NR PESEL | |
| ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY | |

Oświadczenie

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

.....

(nazwa gminy/miasta/dzielnicy m. st. Warszawy)

.....

(podpis wyborcy)

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 sporządzoną w alfabecie Braille'a

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

.....

(podpis wyborcy)