**ZGŁOSZENIE**

 **ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH DO ………………………………**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ ……………….................**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **IMIĘ OJCA** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **NR PESEL** |  |
| **ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY****PAKIET WYBORCZY** |  |

**Oświadczenie**

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

 (nazwa gminy/miasta)

TAK□ NIE□ 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.

 ……………………………………. …………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis wyborcy)

 ……………………………………………..

(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)