

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
przez wyborcę niepełnosprawnego*
przez wyborcę*

NAZWISKO		
IMIĘ (IMIONA)		
IMIĘ OJCA		
DATA URODZENIA		
NR PESEL		
Pakiet wyborczy proszę dostarczyć na wskazany niżej adres	TAK*	NIE*
ADRES stałego zamieszkania, lub inny wskazany przez wyborcę na który będzie WYSŁANY PAKIET WYBORCZY		
Załączam orzeczenie o niepełnosprawności	TAK*	NIE*
Pakiet wyborczy odbiorę osobiście	TAK*	NIE*

* niepotrzebne skreślić

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

.....
(podpis wyborcy)