Komisarz wyborczy w …………………………………………….....
………………………………………………………………………………….
.…………………………………………………………………………………

 (adres)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 13 PAŹDZIERNIKA 2019 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***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/dzielnicy:

………………………………………………….

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

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.

………………..., dnia ……………… ………………………………………..

 (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)