Komisarz Wyborczy we …………………………………

.....…………………………………………………………..

.....…………………………………………………………..

(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:

…………………………………………………

(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.

………………., dnia ………………… …………………………...

 (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)