

..... dnia .....

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

|   |  |
|---|--|
| <i><b>NAZWISKO</b></i>  |  |
| <i><b>IMIĘ ( IMIONA)</b></i>  |  |
| <i><b>IMIĘ OJCA</b></i>   |  |
| <i><b>DATA URODZENIA</b></i>  |  |
| <i><b>NR PESEL</b></i>  |  |
| <i><b>ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA<br/>KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET<br/>WYBORCZY</b></i> |  |

**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 )