....., dnia .....
(miejscowość) (data)

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	

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)