…………………….. …………, dnia …….. 2019 r. …………………......

 (imiona i nazwisko)

Komisarz Wyborczy

w ………………….

**Zgłoszenie**

**zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborcę niepełnosprawnego**

Na podstawie art. 53b § 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy
(Dz.U. z 2019 r. poz. 684 i 1504) zgłaszam zamiar głosowania korespondencyjnego w wyborach do Sejmu RP i Senatu RP zarządzonych na dzień 13 października 2019 r.

|  |
| --- |
| **Dane osoby dokonującej zgłoszenia** |
| Imię  | Drugie imię | Nazwisko |
| Imię ojca | Data urodzenia |
| Adreszamieszkania na który będzie wysłany pakiet korespondencyjny | Gmina | Miejscowość |
| Ulica | Nrdomu | Nrlokalu | Poczta | Kodpocztowy |  |  | **-** |  |  |  |
| Numer ewidencyjny PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numer telefonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że jestem ujęty w rejestrze wyborców w gminie/mieście/dzielnicy ………………………………………

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

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

󠄀Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.\*

……………………………

(podpis wyborcy)