|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA**  **W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA 13 PAŹDZIERNIKA 2019 R.** : | |
|  | |
| **Miejsce składania wniosku** | |
|  | |
| **Dane wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania** | |
| Imię (imiona): | |
| Nazwisko: | |
| Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): |
| Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | |
| Adres zamieszkania: |  |
| **Dane osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa** | |
| Imię (imiona): | |
| Nazwisko: | |
| Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): |
| Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | |
| Adres zamieszkania: | |
| Osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, jest dla wyborcy wstępnym\*\*, zstępnym\*\*\*,  małżonkiem, bratem, siostrą albo osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki albo kurateli:  TAK NIE\* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Do wniosku załączono:** | | |
| 1. pisemną zgodę osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa; 2. kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności   wyborcy *(nie dotyczy wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 75 lat)*;   1. kopię zaświadczenia o prawie do głosowania wydanego osobie, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, nie jest wpisana do rejestru wyborców w tej samej gminie co wyborca udzielający pełnomocnictwa do głosowania)*; 2. kopię dokumentu potwierdzającego pozostawanie wyborcy z osobą, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, w stosunku przysposobienia/opieki/kurateli\* *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy taki stosunek istnieje)*. | | |
| **Miejsce sporządzenia aktu pełnomocnictwa do głosowania** *(wypełnić jedynie w przypadku, gdy ma być ono inne niż*  *miejsce zamieszkania wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania):* | | |
| .......................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................... | | |
| **Oświadczenia** | | |
| Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.  Wyborca wyraża zgodę na to, by w postępowaniu w sprawie sporządzenia aktu pełnomocnictwa był reprezentowany przez osobę, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa: | | |
| TAK NIE\*  Wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu:  TAK NIE\*  Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok): | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |
|  | Podpis wyborcy (w przypadku gdy wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu,  w miejscu tym podpis składa osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa):    .......................................................................................................... | |
|  |
|  | **Adnotacje urzędowe** |  |
|  | Numer wniosku: |  |
| Uwagi: |  |
| Podpis przyjmującego wniosek: |  |

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Wstępnym jest ojciec, matka, dziadek, babka itd.

\*\*\* Zstępnym jest syn, córka, wnuk, wnuczka itd.