….………….., 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)