….………….., 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** [x] **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)