…………………….. …………, dnia …….. 2019 r.

…………………......

(imiona i nazwisko)

Komisarz Wyborczy

we ………………………

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres  zamieszkania na który będzie wysłany pakiet korespondencyjny | | | | Gmina | | | | | | | | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | Nr  domu | | | | | Nr  lokalu | | | | Poczta | | | | | | | Kod  pocztowy | | |  | |  | | **-** | |  | |  | |  |
| 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)