

..... dnia .....  
(miejscowość) (data)

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYŚLANY PAKIET WYBORCZY	

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć):

Sejm RP i Senat RP

Prezydent RP

Parlament Europejski

Samorząd terytorialny

### Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie:

.....  
(nazwa gmin)

.....  
(podpis wyborcy)

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

- Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a \*

\* dotyczy wyborców niepełnosprawnych

.....  
(podpis wyborcy) \*