Komisarz Wyborczy w Sandomierzu.

Pl. Poniatowskiego 3

27-600 Sandomierz

ZGŁOSZENIE

ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

W WYBORACH DO …………………………………………………………………

ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ ………………………………………… 2020r.

|  |  |
| --- | --- |
| *NAZWISKO* |  |
| *IMIĘ (IMIONA)* |  |
| *IMIĘ OJCA* |  |
| *DATA URODZENIA* |  |
| *NR PESEL* |  |
| *ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY* |  |

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem wpisana/y do rejestru wyborców w gminie/mieście/dzielnicy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa gminy/miasta/dzielnicy)*

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

 TAK

 NIE

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

……………………………………. dnia …………….. 2019 r. ……………………………………………

*(miejscowość, data) (podpis)*