

Komisarz Wyborczy

W

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH

ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 20..... R.

<i>Nazwisko</i>	
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Numer PESEL</i>	
<i>ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy</i>	
<i>Numer telefonu do kontaktu*</i>	
<i>Adres e-mail do kontaktu*</i>	

TAK NIE

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a
(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych, o którym mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

**Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności
(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).**

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis wyborcy)

* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy