

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	
<b>IMIĘ OJCA</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	
<b>ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY</b>	

### Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

.....

(nazwa gminy/miasta)

.....

(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć):

Sejm RP i Senat RP       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)