….………….., dnia ………….……..

 (miejscowość) (data)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

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

**Oświadczenie**

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

(nazwa gminy/miasta/dzielnicy m. st. Warszawy)

…………………………………………….

(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)