Baranów, dnia …………………………………

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO W REFERENDUM GMINNYM, ZARZĄDZONYM NA DZIEŃ 17 CZERWCA 2018 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię (imiona)  |  |
| Imię ojca  |  |
| Data urodzenia  |  |
| Nr PESEL |  |
| Adres stałego zamieszkania, na który będzie wysłany pakiet referendalny  |  |
| Nr telefonu  |  |
| e-mail |  |
| Osoba niepełnosprawna  | TAK/NIE \* |

\*) zaznacz właściwe

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż jestem wpisana/y/ do rejestru wyborców gminy Baranów oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do udziału w głosowaniu korespondencyjnym.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Deklaruję osobisty odbiór pakietu referendalnego w Urzędzie \* |
|  | Proszę o dołączenie do pakietu referendalnego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a\* |
|  | Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności\* |

\*) zaznacz właściwe

………………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej do udziału w referendum)