

Komisarz wyborczy w
za pośrednictwem

.....

.....

(nazwa i adres urzędu gminy)

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

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