

.....

....., dnia ..... 2019 r.

.....

(imiona i nazwisko)

Komisarz Wyborczy

we .....

### Zgłoszenie

#### zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborcę niepełnosprawnego

Na podstawie art. 53b § 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy (Dz.U. z 2019 r. poz. 684 i 1504) zgłaszam zamiar głosowania korespondencyjnego w wyborach do Sejmu RP i Senatu RP zarządzonych na dzień 13 października 2019 r.

| Dane osoby dokonującej zgłoszenia                                  |  |             |  |             |  |                |  |             |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|-------------|--|-------------|--|----------------|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---|--|--|--|
| Imię   |  |             |  | Drugie imię |  |                |  | Nazwisko    |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |
| Imię ojca  |  |             |  |             |  | Data urodzenia |  |             |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |
| Adres zamieszkania na który będzie wysłany pakiet korespondencyjny |  |             |  | Gmina       |  |                |  | Miejscowość |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |
| Ulica  |  |             |  | Nr domu     |  | Nr lokalu      |  | Poczta      |  |  |  | Kod pocztowy   |  |  |  | - |  |  |  |
| Numer PESEL  |  | ewidencyjny |  |             |  |                |  |             |  |  |  | Numer telefonu |  |  |  |   |  |  |  |

Oświadczam, że jestem ujęty w rejestrze wyborców w gminie/mieście/dzielnicy

.....

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

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.\*

.....

(podpis wyborcy)

\*Proszę o zaznaczenie odpowiednio znakiem „X”