Komisarz wyborczy w ………………………….....

za pośrednictwem

………………………………………………

.………………………………………………

(nazwa i adres urzędu gminy)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W KRAJU W WYBORACH**

**……………………………………………………………………………………………..**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ …. …….…………….. 20.… R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Imię ojca*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  |
| ***Nr ewidencyjny PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy, lub wskazanie, że zostanie on ODEBRANY OSOBIŚCIE przez wyborcę w urzędzie gminy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu*** |  |
| ***Adres e-mail*** |  |

TAK  NIE  Proszę o dostarczenia pakietu wyborczego do drzwi lokalu,

którego adres został wskazany w zgłoszeniu

**(dotyczy wyborców niepełnosprawnych oraz wyborcy podlegającego w dniu głosowania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych)**

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

………………..., dnia ……………… …………………………………

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)