……………………, ……………………
 (miejscowość)                             (data)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWNIA 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 Poświętne:

……………………………………………….

 (podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborców (*odpowiednie zaznaczyć)*:

 **Sejm 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)