

.....  
.....  
(imiona i nazwisko)

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

Komisarz Wyborczy

W .....

### 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 ewidencyjny PESEL												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”