

Komisarz Wyborczy

w

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW I SEJMIKÓW
WOJEWÓDZTW ORAZ WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIAST
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.**

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

* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy