**Komisarz Wyborczy**

 **w Koninie II**

 **Aleje 1 Maja 7**

 **62-510 Konin**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH**

 **DO …………………………………………………**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ …………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Imię ojca*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  |
| ***Nr ewidencyjny PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu***(podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt) |  |

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście/dzielnicy:

...................................................................

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

TAK  NIE  Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności

 **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

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)