

_____, dnia _____
(miejscowość) (data)

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

NAZWISKO	
IMIE (IMIONA)	
IMIE OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYŚŁANY PAKIET WYBORCZY	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w Gminie Psary.

(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborów do Parlamentu Europejskiego.

[] 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)