

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

**ZGŁOSZENIE**  
**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**  
**przez wyborcę niepełnosprawnego\***  
**przez wyborcę\***

<b>NAZWISKO</b>		
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>		
<b>IMIĘ OJCA</b>		
<b>DATA URODZENIA</b>		
<b>NR PESEL</b>		
<b>Pakiet wyborczy proszę dostarczyć na wskazany niżej adres</b>	TAK*	NIE*
<b>ADRES stałego zamieszkania, lub inny wskazany przez wyborcę na który będzie WYŚLANY PAKIET WYBORCZY</b>		
<b>Załączam orzeczenie o niepełnosprawności</b>	TAK*	NIE*
<b>Pakiet wyborczy odbiorę osobiście</b>	TAK*	NIE*

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie**

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

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

.....  
(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć):

Sejm RP 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

.....  
(podpis wyborcy)