**Komisarz Wyborczy w Słupsku ……**

**ul. Jana Pawła II 1**

# 76-200 Słupsk

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 13 PAŹDZIERNIKA 2019 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWISKO*** |  |
| ***IMIĘ (IMIONA)*** |  |
| ***IMIĘ OJCA*** |  |
| ***DATA URODZENIA*** |  |
| ***NR PESEL*** |  |
| ***ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY***  ***PAKIET WYBORCZY*** |  |

# Oświadczenie

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

………………………………………………….

(nazwa gminy/miasta)

TAK Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.



NIE



**Do zgłoszenia dołączam** kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającegoo ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………..., dnia ……………… | ……………………………………….. |
| (miejscowość) (data) | (podpis wyborcy) |