

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

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	
<b>IMIĘ OJCA</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	
<b>ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY</b>	

**Oświadczenie**

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

.....  
(nazwa gminy/miasta)

.....  
(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

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

.....  
(podpis wyborcy)