

....., 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/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

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

.....  
(podpis wyborcy)