

Komisarz Wyborczy

W .....

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
W WYBORACH DO .....**  
.....  
**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ ..... R.**

<i>Nazwisko</i>	
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Numer PESEL</i>	
<i>ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy</i>	
<i>Numer telefonu do kontaktu*</i>	
<i>Adres e-mail do kontaktu*</i>	

TAK  NIE

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a  
**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).**

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych, o którym mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

**Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności  
(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).**

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

.....  
(podpis wyborcy)

\* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy