Komisarz wyborczy w ……………………………………………..

………………………………………………………….……………

………………………………………………………….……………

(adres)

# ZGŁOSZENIE

# ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

# W WYBORACH POSŁÓW DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

# ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 26 MAJA 2019 R.

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

**Oświadczenie**

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

………………………………………………………..

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

TAK NIE

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

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

……..…………….., dnia ……………... …………………………….……………

 (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)