

Komisarz wyborczy w .....

.....

.....

(adres)

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

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

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany 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)