|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA  W WYBORACH DO ORGANÓW JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO\* ZARZĄDZONYCH NA** *(podać datę wyborów)*: | |  |
|  | **DZIEŃ 29 PAŹDZIERNIKA 2023 R.** | |  |
|  |  | |  |
|  | **Miejsce składania wniosku** | |  |
|  | Wójt/~~Burmistrz~~/~~Prezydent Miasta~~\*\*, do którego kierowany jest wniosek:  Wójt Gminy Istebna | |  |
|  |  | |  |
|  | **Dane wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania** | |  |
|  | Imię (imiona): | |  |
|  | Nazwisko: | |  |
|  | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): |  |
|  | Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | |  |
|  | Adres zamieszkania: | |  |
|  |  | |  |
|  | **Dane osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa** | |  |
|  | Imię (imiona): | |  |
|  | Nazwisko: | |  |
|  | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): |  |
|  | Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | |  |
|  | Adres zamieszkania: | |  |
|  | Osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, jest dla wyborcy wstępnym\*\*\*, zstępnym\*\*\*\*, małżonkiem, bratem, siostrą albo osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki albo kurateli:  TAK NIE\*\* | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Do wniosku załączono:** | |  |
|  | 1.  2.  3. | pisemną zgodę osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa;  kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności wyborcy *(nie dotyczy wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 60 lat)*;  kopię dokumentu potwierdzającego pozostawanie wyborcy z osobą, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, w stosunku przysposobienia/opieki/kurateli\*\* *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy taki stosunek istnieje)*. |  |
|  |  | |  |
|  | **Miejsce sporządzenia aktu pełnomocnictwa do głosowania** *(wypełnić jedynie w przypadku, gdy ma być ono inne niż miejsce zamieszkania wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania)*: | |  |
|  | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………… | |  |
|  |  | |  |
|  | **Oświadczenia** | |  |
|  | Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.  Wyborca wyraża zgodę na to, by w postępowaniu w sprawie sporządzenia aktu pełnomocnictwa był reprezentowany przez osobę, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa:  TAK NIE\*\*  Wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu:  TAK NIE\*\*  Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |   Podpis wyborcy (w przypadku gdy wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu,  w miejscu tym podpis składa osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa):  ………………………………………. | |  |
|  |  | |  |
|  | **Pouczenie** | |  |
|  | W wyborach wójta, burmistrza, prezydenta miasta akt pełnomocnictwa do głosowania sporządzony:   |  |  | | --- | --- | | - | przed dniem pierwszego głosowania (tzw. I tura) uprawnia również do oddania głosu w głosowaniu ponownym (tzw. II tura), o ile zostanie ono przeprowadzone, | | - | po dniu pierwszego głosowania uprawnia wyłącznie do oddania głosu w głosowaniu ponownym (tzw. II tura), o ile zostanie ono przeprowadzone. |   W przypadku udzielenia pełnomocnictwa do głosowania przez obywatela UE niebędącego obywatelem polskim, nie obejmuje ono wyborów do rady powiatu i wyborów do sejmiku województwa. | |  |
|  |  | |  |
|  | **Adnotacje urzędowe** | |  |
|  | Numer wniosku:  Uwagi:  Podpis przyjmującego wniosek:  ………………………………………… | |  |