**Komisarz Wyborczy w Krośnie**

**38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 1**

**ZGŁOSZENIE**

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

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWISKO |  |
| IMIĘ (IMIONA) |  |
| IMIĘ OJCA |  |
| DATA URODZENIA |  |
| NR PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY |  |

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście…………………………..

TAK NIE Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

 do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

Telefon kontaktowy: ……………………………………………………….

podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt

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

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

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)