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

………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………..

(adres)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

w wyborach 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 do rejestru wyborców w gminie/mieście:

…………………………………………………….

 (nazwa gminy/miasta)

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)