

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	
<b>IMIĘ OJCA</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	
<b>ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY</b>	
<b>DEKLARACJA OSOBISTEGO ODBIORU PAKIETU WYBORCZEGO W URZĘDZIE GMINY</b>	

### Oświadczenie

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

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

.....  
(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć):

- Sejm RP i Senat RP       Prezydent RP       Parlament Europejski
- Samorząd terytorialny       Referendum Ogólnokrajowe
- Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a

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

.....  
(podpis wyborcy)

Zgłoszenia należy dokonać do dnia 12 października 2015 r.