**Komisarz Wyborczy w Kielcach I/II/III/IV \*)**

**al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH**

**DO RADY GMINY/MIEJSKIEJ/MIASTA\*)**………………………………………………..………..

 (nazwa gminy/miasta)

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ ....... - ........- 20..... 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)*

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

TAK

NIE

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

*(w przypadku wyborcy niepełnosprawnego posiadającego orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności)*

.……………….., dnia…………….. 20………. r. ……………………………………………………………… (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)