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)*** |  |
| ***Numer PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu\*\*)*** |  |
| ***Adres e-mail do kontaktu\*\*)*** |  |

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

TAK  NIE  Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych

do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych, o którym

mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

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

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

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

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*)   Niepotrzebne skreślić

\*\*) Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć   
 załatwienie sprawy