

Komisarz Wyborczy w Kielcach I/II/III/IV *)
al. IX Wieków Kielc 3
25-516 KIELCE

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W REFERENDUM GMINNYM/POWIATOWYM/WOJEWÓDZKIM*)
W SPRAWIE ODWOŁANIA
.....**PRZED UPŁYWEM KADENCJI**
(określenie przedmiotu referendum)

ZARZĄDZONYM NA DZIEŃ -- 20..... R.

<i>Nazwisko</i>	
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Numer PESEL</i>	
<i>ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy</i>	
<i>Numer telefonu do kontaktu **)</i>	
<i>Adres e-mail do kontaktu **)</i>	

TAK NIE

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a **(dotyczy wyłącznie osób 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 2024 r. poz. 1557, z późn. zm.).

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności (dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych).

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do udziału w referendum)

*) Niepotrzebne skreślić

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