Załącznik nr 1 do informacji

………………………………………, dnia ………………………….

 (miejscowość) (data)

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORENSPONDENCYJNEGO**

**PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **IMIĘ OJCA** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **NR PESEL** |  |
| **ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSYŁANY PAKIET WYBORCZY** |  |

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie Słupno.

………………………………………………………………..

(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy wyborów (odpowiednie zaznaczyć):

 **Sejm RP i Senat RP Prezydent RP Parlament Europejski**

 **Samorząd terytorialny**

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)