**Zgłoszenie zamiaru głosowania korespondencyjnego**

 **Komisarz wyborczy w:**

 ………………………………………………………….

 ………………………………………………………….

 ………………………………………………………….

Wybory, których dotyczy zgłoszenie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane wyborcy:**

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………

Imię (imiona) ……………………………………………………………………………………………………………

Numer ewidencyjny PESEL ……………………………………………………………………………………………………………

Adres, na który ma być wysłany pakiet wyborczy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane kontaktowe: [**Podanie ich nie jest obowiązkowe, ale może przyśpieszyć załatwienie sprawy].

Numer telefonu: ………………………………………… Adres e-mail ………………………………………………………………….

 **[…]** 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