

Komisarz Wyborczy

W

ZGŁOSZENIE

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW I SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW
ORAZ WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIAST
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 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)

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