Komisarz Wyborczy

w ………………………….....

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDZIERNIKA 2023 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