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