KOMISARZ WYBORCZY

w

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW, SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW I RAD DZIELNIC M. ST. WARSZAWY ORAZ WYBORÓW WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIASTZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 ROKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ( IMIONA)** |  |
| **NR 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, ze zm.).

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego   
o ustaleniu stopnia niepełnosprawności (**dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych**).

………….…..…………..., dnia ……………………………………

(miejscowość) (data)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

sprawy