

....., dnia.....  
( miejscowość ) ( data )

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

NAZWISKO	
IMIĘ ( IMIONA )	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w mieście Tczew.

.....  
( podpis wyborcy )

Zgłoszenie dotyczy wyborów ( odpowiednie zaznaczyć ):

Sejm RP i Senat RP

Prezydent RP

Parlament Europejski

Samorząd terytorialny

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a

TAK

NIE

**Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.**

.....  
( podpis wyborcy )

<b>Adnotacje urzędowe</b>	
Liczba porządkowa zgłoszenia:	
Podpis przyjmującego zgłoszenie:	
Uwagi:	