

Komisarz Wyborczy w Kielcach I/II/III/IV *)
al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce

ZGŁOSZENIE

ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH
DO RADY GMINY/MIEJSKIEJ/MIASTA*).....
(nazwa gminy/miasta)

ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ -- 20..... R.

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście*.....
(nazwa gminy/miasta)

TAK NIE

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

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

(w przypadku wyborcy niepełnosprawnego posiadającego orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności)

....., dnia..... 20..... r.
(miejscowość) (data)

.....
(podpis wyborcy)

*) - niewłaściwe skreślić