**Krajowe Biuro Wyborcze
Delegatura w Szczecinie
ul.** [**Jana Matejki 6b
71-615 Szczecin**](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=/maps/place//data%3D!4m2!3m1!1s0x47aa090c8ea54b0b:0x197e45ae31edd63f%3Fsa%3DX%26ved%3D1t:8290%26ictx%3D111&ved=2ahUKEwjfqvLI9dyFAxX5R_EDHQsHDEkQ4kB6BAhIEAM&usg=AOvVaw0qD2XBtVaH_mk-7xeIWaEw)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W WYBORACH** **DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 9 CZERWCA 2024 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) (podpis wyborcy)

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