

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

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

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie Gryfino:

.....  
(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

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

.....  
(podpis wyborcy)