Komisarz wyborczy w ………………………….....

………………………………………………

.………………………………………………

 (nazwa i adres urzędu gminy)

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W KRAJU**

**W WYBORACH W WYBORACH POSŁÓW DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 9 CZERWCA 2024 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Imię ojca*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  |
| ***Nr ewidencyjny PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy,lubwskazanie, że zostanie onODEBRANY OSOBIŚCIEprzez wyborcę w urzędzie gminy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu*** |  |
| ***Adres e-mail*** |  |

TAK  NIE  Proszę o dostarczenia pakietu wyborczego do drzwi lokalu,

 którego adres został wskazany w zgłoszeniu

 **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

 do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

 **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

………………..., dnia ……………… …………………………………

 (miejscowość) (data) (podpis wyborcy)