Komisarz Wyborczy

w Słupsku III

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Nr PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu\****  |  |
| ***Adres e-maildo 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) (data) (podpis wyborcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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