**KOMISARZ WYBORCZY**

**W SZCZECINIE**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH** **DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW I SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW ORAZ WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIAST**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDZIERNIKA 2023 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 …… ……………… 2024 r. ………………………………

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)

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

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