Komisarz Wyborczy w Kaliszu II

Krajowe Biuro Wyborcze

Delegatura w Kaliszu

                              ul. Staszica 47a, 62-800 Kalisz

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH DO RADY GMINY I MIASTA ODOLANÓW**

**W OKRĘGU WYBORCZYM NR 1,**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 14 KWIETNIA 2019 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWISKO*** |  |
| ***IMIĘ (IMIONA)*** |  |
| ***IMIĘ OJCA*** |  |
| ***DATA URODZENIA*** |  |
| ***NR PESEL*** |  |
| ***ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY*** |  |

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

..........................................................

(nazwa gminy/miasta)

TAK NIE     Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na   
                                      kartę  do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

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

....................., dnia .................. ...............................................

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)