Komisarz Wyborczy w Kaliszu II

ul. Staszica 47a

62-800 Kalisz

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH**

**DO RADY GMINY I MIASTA NOWE SKALMIERZYCE**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 29 LISTOPADA 2020 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 i Mieście Nowe Skalmierzyce.

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\*.

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………..

(podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt)

………………..., dnia ……………… ………………………………………..

miejscowość, data, podpis wyborcy

\*) skreślić, jeśli nie dotyczy