

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH
DO RADY GMINY KOBYLA GÓRA
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 5 WRZEŚNIA 2021 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 Kobyla Góra.

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