

Komisarz Wyborczy

W

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH DO RADY GMINY
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 LIPCA 2024 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

(miejscowość)

(data)

.....

(podpis wyborcy)

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