**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
w wyborach uzupełniających do Rady Gminy Wągrowiec
zarządzonych na dzień 12 grudnia 2021 r.**

|  |
| --- |
| **Organ, do którego kierowane jest zgłoszenie** |
| Komisarz Wyborczy w Pile II |

|  |
| --- |
| **I. Dane wyborcy** |
| Nazwisko: |
| Imię (imiona): |
| Imię ojca: |
| Data urodzenia*(dzień-miesiąc-rok)*  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontakt*(nr telefonu, adres e-mail)* |  |

|  |
| --- |
|  |
| **II. Adres, pod który ma być wysłany pakiet wyborczy:**  |
| Miejscowość: |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania: |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Poczta: |

|  |
| --- |
| **III. Oświadczenie** |
| Oświadczam, że jestem wpisana/y do rejestru wyborców w Gminie/Mieście |
| Miejscowość: |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania: |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Poczta: |
|  |
| **IV. Załącznik** |  |  |  |  |  |
| Załączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopniu niepełnosprawności.**V. Inne** |
| Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a: | **TAK** |  |  | **NIE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………(miejscowość) | ………………………………(data) | ………………………………(podpis wyborcy) |