**Komisarz Wyborczy w Radomiu ……**

**ul. Żeromskiego 53**

**26-600 Radom**

**Zgłoszenie**

**Zamiaru głosowania korespondencyjnego w wyborach uzupełniających do Rady Gminy**

**……………………………………. zarządzonych na dzień …………………………………. .**

(nazwa rady) (data wyborów uzupełniających)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |
| Imię ojca |  |
| Data urodzenia |  |
| Nr PESEL |  |
| Adres, na jaki ma być wysłany pakiet wyborczy |  |

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie ..............................................

(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 orzekającegoo ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

………………..., dnia ……………… …………………………..

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy