**Komisarz Wyborczy w Suwałkach**

**ul. Mickiewicza 15**

**16-400 Suwałki**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 26 MAJA 2019 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **IMIE OJCA** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **NR PESEL** |  |
| **ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY** |  |

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście: ...............................

…………………………………………… .

(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 orzekającego
o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

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

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)