**Komisarz Wyborczy w Skierniewicach II**

**ul. Konstytucji 3 Maja 6**

**96-100 Skierniewice**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

 **ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 13 PAŹDZIERNIKA 2019 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/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 orzekającegoo ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

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

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)