Komisarz Wyborczy

w Bydgoszczy II

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDZIERNIKA 2023 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 kartędo głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a |
|  |  | **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**. |
| TAK  | NIE | Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowychdo 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