

Komisarz Wyborczy w Toruniu

Plac Teatralny 2

87-100 Toruń

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO
W WYBORACH DO SEJMU RP I SENATU RP 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 ujęty w rejestrze wyborców w gminie/mieście:

.....

(nazwa gminy/miasta)

TAK NIE Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładek na karty do głosowania sporządzonych w alfabecie Braille'a.

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

Numer telefonu do kontaktu:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(podpis wyborcy)