

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	
NR TELEFONU	
E-MAIL	
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA	TAK / NIE*)

*) zakreślić właściwe

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisana/-y/ do rejestru wyborców w
oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach
niezbędnych do udziału w głosowaniu korespondencyjnym.

.....
(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy:

**Wyborów uzupełniających do Rady Miejskiej w Drobinie, zarządzonych na
dzień 14 lutego 2016 r.**

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania
sporządzonej w alfabecie Braille'a

Deklaruję osobisty odbiór pakietu wyborczego w Urzędzie Miasta i Gminy Drobin.

.....
(podpis wyborcy)