**Komisarz Wyborczy w Gdańsku**

**ul. Okopowa 21/27**

**80-810 Gdańsk**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH POSŁÓW DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 26 MAJA 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/dzielnicy:

………………………………………………….

(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)