

Komisarz Wyborczy w Szczecinie II

Krajowe Biuro Wyborcze

Delegatura w Szczecinie

ul. Jana Matejki 6B

71-615 Szczecin

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:

MIASTO STARGARD

.....

(nazwa gminy/miasta/dzielnicy m.st. Warszawy)

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładkę na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a:

TAK ☐

NIE ☐

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(podpis wyborcy)