

# Komisarz Wyborczy w Koninie I

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W WYBORACH ORGANÓW JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORYALNEGO ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 r

<i>Nazwisko</i>	
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Numer PESEL</i>	
<i>ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy</i>	
<i>Numer telefonu do kontaktu*</i>	
<i>Adres e-mail do kontaktu*</i>	

TAK  NIE

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do 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