

Lubawka, dnia .....

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

<b>NAZWISKO</b>	.....
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	.....
<b>IMIĘ OJCA</b>	.....
<b>DATA URODZENIA</b>	.....
<b>NR PESEL</b>	.....
<b>ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY</b>	MIEJSCOWOŚĆ ..... ULICA ..... KOD POCZTOWY ..... KONTAKT (nr telefonu, adres e-mail) .....

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w Gminie Lubawka.

.....  
(podpis wyborcy)

**Zgłoszenie dotyczy :**  
wyborów do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na 25 maja 2014 roku.

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

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

.....  
(podpis wyborcy)