

Lubawka, dnia

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

NAZWISKO
IMIĘ (IMIONA)
IMIĘ OJCA
DATA URODZENIA
NR PESEL
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	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 organów jednostek samorządu terytorialnego zarządzanych na
16 listopada 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)