**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
w wyborach do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na dzień 26 maja 2019 r.**

|  |
| --- |
| **Organ, do którego kierowane jest zgłoszenie** |
| Komisarz Wyborczy w Pile I/ Komisarz Wyborczy w Pile II |

|  |
| --- |
| **I. Dane wyborcy** |
| Nazwisko: |
| Imię (imiona): |
| Imię ojca: |
| Data urodzenia*(dzień-miesiąc-rok)*  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontakt*(nr telefonu, adres e-mail)* |  |

|  |
| --- |
|  |
| **II. Adres, pod który ma być wysłany pakiet wyborczy:**  |
| Miejscowość: |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania: |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Poczta: |

|  |
| --- |
| **III. Oświadczenie** |
| Oświadczam, że jestem wpisana/y do rejestru wyborców w Gminie/Mieście |
| Miejscowość: |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania: |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Poczta: |
|  |
| **IV. Załącznik** |
| Załączam kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. | **TAK** |  |  | **NIE** |  |
| **V. Inne** |
| Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a: | **TAK** |  |  | **NIE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………(miejscowość) | ………………………………(data) | ………………………………(podpis wyborcy) |

|  |
| --- |
| **VI. Adnotacje urzędowe** |
| Liczba porządkowa zgłoszenia: | Data wpływu: | Podpis przyjmującego zgłoszenie |

|  |
| --- |
| **Pouczenie:**Zamiar głosowania korespondencyjnego wyborca zgłasza Komisarzom Wyborczym w Pile do 15 dnia przed dniem wyborów, tj. do dnia 13 maja 2019 r.**\*** **\*)** Jeżeli koniec terminu do wykonania czynności określonej w kalendarzu wyborczym przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to termin  upływa pierwszego roboczego dnia po tym dniu (art. 9 Kodeksu wyborczego) |