

Komisarz Wyborczy  
w .....

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
W WYBORACH POSŁÓW DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO  
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 09 CZERWCA 2024R.**

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

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.).

TAK  NIE

**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