**Komisarz Wyborczy w Poznaniu II  
61-716 Poznań, ul. Kościuszki 93**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDIERNIKA 2023 R.**

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

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