

Komisarz Wyborczy w Piotrkowie Trybunalskim  
ul. Sienkiewicza 16a  
97-300 Piotrków Trybunalski

**ZGŁOSZENIE**  
**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**  
**W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO ZARZĄDZONYCH**  
**NA DZIEŃ 26 MAJA 2019 R.**

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIĘ (IMIONA)</b>	
<b>IMIĘ OJCA</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	
<b>ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY</b>	

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

.....  
(nazwa gminy/miasta)

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a.

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

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
(podpis wyborcy)