

Komisarz wyborczy w
za pośrednictwem

.....

.....

(nazwa i adres urzędu gminy)

ZGŁOSZENIE

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ WYBORCÓW
PODLEGAJĄCYCH W DNIU PONOWNEGO GŁOSOWANIA OBOWIĄZKOWEJ
KWARANTANNIE, IZOLACJI LUB IZOLACJI W WARUNKACH DOMOWYCH
W WYBORACH PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
W PONOWNYM GŁOSOWANIU W DNIU 12 LIPCA 2020 R.**

<i>Nazwisko</i>	
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Imię ojca</i>	
<i>Data urodzenia</i>	
<i>Nr ewidencyjny PESEL</i>	
<i>ADRES, na który ma być doręczony pakiet wyborczy</i>	
<i>Numer telefonu do kontaktu</i>	
<i>Adres e-mail</i>	

TAK ☐ NIE ☐ Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę
do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a
(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis wyborcy)