**ZGŁOSZENIE**

**zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborcę**

 **WÓJT GMINY ISTEBNA**

**Zgłaszam zamiar głosowania korespondencyjnego**

|  |
| --- |
| **Dane wyborcy** |
| Nazwisko: |
| Imię (imiona): |
| Imię ojca: | Data urodzenia: |
| Numer ewidencyjny PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres stałego zamieszkania, na który ma być wysłany pakiet wyborczy: |

**Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru wyborców gminy**

**Zgłoszenie dotyczy wyborów do Sejmu RP i do Senatu RP zarządzonych na dzień 25 października 2015 r.**

□ Jednocześnie proszę o przesłanie z pakietem wyborczym nakładek na karty do głosowania sporządzonych w alfabecie Braille’a.

………………………………………………….., dnia …………………………………………………….. 2015 r.

 (miejscowość)

 ………………………………………………………………

 (podpis wyborcy)

|  |
| --- |
| **Adnotacje** **urzędowe** |
| Liczba porządkowa zgłoszenia: | Podpis przyjmującego zgłoszenie: |
| Uwagi: |