

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO**

Wójt Gminy Inowłódz

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Imię ojca

4. Data urodzenia

5. Nr ewidencyjny PESEL

6. Adres stałego zamieszkania, pod który ma być wysłany pakiet wyborczy:

a) miejscowość,

c) ulica,

d) nr domu, e) nr mieszkania

II. Oświadczenie

Oświadczam, że jestem wpisana/y do rejestru wyborców w Gminie Inowłódz.

III. Załączniki

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

IV. Inne

Proszę o przesłanie wraz z pakietem wyborczym nakładek na karty do głosowania sporządzonych w alfabecie Braille'a: tak, nie*.

Data

(dd/mm/rrrr)

.....

(podpis)

* Niepotrzebne skreślić.