**Urząd Gminy/Miasta w ………………………...**

**Zgłoszenie**

**Zamiaru głosowania korespondencyjnego w wyborach Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej zarządzonych w 2020r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |
| Imię ojca |  |
| Data urodzenia |  |
| Nr PESEL |  |
| Adres, na jaki ma być wysłany pakiet wyborczy |  |
| lub deklaracja osobistego odbioru pakietu |  TAK  NIE  Deklaruję, że pakiet wyborczy odbiorę osobiście z Urzędu Gminy |
| Numer telefonu do kontaktu |  |
| Adres e-mail |  |

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie ..............................................

 (nazwa gminy/miasta)

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

………………..., dnia ……………… …………………………..

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy