

Komisarz Wyborczy

W .....

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
I DO SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 15 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

|   |  |
|---|--|
| <i>Nazwisko</i>   |  |
| <i>Imię (imiona)</i>  |  |
| <i>Numer PESEL</i>  |  |
| <i>ADRES, na który<br/>ma być wysłany<br/>pakiet wyborczy</i> |  |
| <i>Numer telefonu<br/>do kontaktu*</i>                        |  |
| <i>Adres e-mail<br/>do kontaktu*</i>                          |  |

TAK ☐ NIE ☐

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

TAK ☐ NIE ☐

Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych o którym mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

**Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności  
(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).**

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(podpis wyborcy)

\* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy