

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA
KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ WYBORCĘ
NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

**W wyborach jednostek samorządu terytorialnego zarządzonych na dzień
16 listopada 2014 roku.**

BURMISTRZ STAWISK

Informuję, że zamierzam głosować korespondencyjne w wyborach do organów jednostek samorządu terytorialnego zarządzonych na dzień 16 listopada 2014 roku.

Dane wyborcy:

1. Nazwisko
2. Imię(imiona)
3. Imię ojca
4. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)-.....-.....
5. Nr ewidencyjny PESEL
6. Oświadczam, że jestem wpisana/ny do rejestru wyborców Gminy Stawiski.
7. Pakiet wyborczy proszę przesłać na mój adres stałego zamieszkania:
 - a) 18-520 Stawiski
 - b) Ulica
 - c) Nr domu d) nr mieszkania.....
8. Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a*

TAK

NIE

*właściwie zaznaczyć

9. Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

Data.....

Podpis.....