Komisarz Wyborczy w Szczecinie

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

TAK NIE

TAK NIE

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

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.).

(podpis wyborcy)

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

 ul. Matejki 6b

 71-615 Szczecin

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO ORGANÓW STANOWIĄCYCH JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO ORAZ WÓJTÓW, BURMISTRZÓW I PREZYDENTÓW MIAST ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.**

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

……………..…., dnia……………………...

(miejscowość) (data)

………………….