**Komisarz wyborczy w Szczecinie II**

**za pośrednictwem**

**Urzędu Miejskiego w Chojnie**

**ul. Jagiellońska 4**

**74-500 Chojna**

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO  
W KRAJU**

**W WYBORACH PONOWNYCH PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 12 LIPCA 2020 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Imię ojca*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  |
| ***Nr ewidencyjny PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy, lub wskazanie, że zostanie on ODEBRANY OSOBIŚCIE przez wyborcę w urzędzie gminy*** | **…………………………………………**  **…………………………………………**  **………………………………………….** |
| ***Numer telefonu do kontaktu*** |  |
| ***Adres e-mail*** |  |

TAK  NIE  Proszę o dostarczenia pakietu wyborczego do drzwi lokalu,

którego adres został wskazany w zgłoszeniu

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

………………..., dnia ……………… …………………………………

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)