

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ

Organ do którego skierowane jest zgłoszenie												
Prezydent Miasta/Burmistrz/ Wójt*												
Oznaczenie referendum, którego dotyczy												
Zgłoszenie dotyczy referendum gminnego w sprawie odwołania												
przed upływem kadencji, zarządzonym na dzień												
Dane osoby niepełnosprawnej zgłaszającej zamiar głosowania korespondencyjnego												
Imię (imiona):												
Nazwisko:												
Imię ojca:						Data urodzenia (dzień – miesiąc - rok):						
Nr PESEL												
Adres stałego zamieszkania, na który ma być wysłany pakiet referendalny:												
Kontakt (nr telefonu, adres e-mail)												

Oświadczenie												
1. Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru wyborców w gminie/mieście*												
											<small>(nazwa gminy/miasta)</small>	
2. Wnoszę o przesłanie wraz z pakietem referendalnym nakładki/ek na kartę/y do głosowania sporządzonej/ch w alfabecie Braille` a												
TAK*						NIE*						

....., dnia

(miejscowość)

.....

(podpis osoby niepełnosprawnej uprawnionej do udziału w referendum)

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik												
Kopia aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności osoby upoważnionej do udziału w referendum												