

Serock, dnia
(data)

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	
NR TELEFONU	
E-MAIL	
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA	TAK / NIE*)

*) zakreślić właściwe

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisana/-y/ do rejestru wyborców w Serocku oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do udziału w głosowaniu korespondencyjnym.

.....
(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy:

Wyborów do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, zarządzonych na dzień 25 października 2015 r.

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a

Deklaruję osobisty odbiór pakietu wyborczego w Urzędzie Miasta i Gminy w Serocku.

.....
(podpis wyborcy)