Komisarz Wyborczy

w Koszalinie I

ul. Władysława Andersa 34

75-626 Koszalin

**ZGŁOSZENIE**

**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH** **DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 9 CZERWCA 2024 R.**

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

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

TAK  NIE  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.).

**Do zgłoszenia dołączam** kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności

**(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

………………..., dnia ………… ………………………………………..

(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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