

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

w wyborach uzupełniających do Rady Miejskiej w Koronowie
zarządzonych na dzień 1 października 2017 r.

Organ, do którego kierowane jest zgłoszenie	
Burmistrz Koronowa	

Dane wyborcy	
Imię (imiona):	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
Data urodzenia:	Numer ewidencyjny PESEL
Adres stałego zamieszkania, na który ma być doręczony pakiet wyborczy	

Oświadczenia i wnioski
<ol style="list-style-type: none">Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą.Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru wyborców Gminy Koronowo.Proszę o przesłanie wraz z pakietem wyborczym nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a:* <p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <ol style="list-style-type: none">Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

* Zaznaczyć właściwą odpowiedź.

....., dnia 2017 r.
(miejsowość)

.....
(podpis wyborcy)

Adnotacje urzędowe	
Liczba porządkowa zgłoszenia:	Podpis przyjmującego zgłoszenie:
Uwagi:	

Termin dokonania zgłoszenia:
do 10 września 2017 r.