

Komisarz Wyborczy

W .....

**ZGŁOSZENIE**  
**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**  
**W WYBORACH PONOWNYCH WÓJTA GMINY KORYCIN**  
**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 24 LISTOPADA 2024 R.**

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

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 (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1557, 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