

**Komisarz Wyborczy w Suwałkach**  
**ul. Mickiewicza 15**  
**16-400 Suwałki**

**ZGŁOSZENIE**  
**ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**  
**W WYBORACH DO SEJMU RP I DO SENATU RP**  
**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 13 PAŹDZIERNIKA 2019 R.**

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIE (IMIONA)</b>	
<b>IMIE OJCA</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	
<b>ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYŚLANY PAKIET WYBORCZY</b>	

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście: .....

.....  
(nazwa gminy/miasta)

☐

TAK

☐

NIE

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładek na karty do głosowania sporządzonych w alfabecie Braille'a.

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

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(podpis wyborcy)