

Halinów, dnia

.....
(nazwisko i imiona)

BURMISTRZ HALINOWA

ZGŁOSZENIE PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

Na podstawie art. 61a § 1 i art. 61c ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. Kodeks wyborczy (Dz. U. Nr 21, poz. 112, ze zm.) **zgłaszam zamiar głosowania korespondencyjnego w wyborach do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej zarządzonych na dzień 9 października 2011 roku**

1. Imię (imiona) i nazwisko wyborcy:
2. Imię ojca:
3. Data urodzenia:.....
4. Numer ewidencyjny PESEL:.....
5. Adres stałego zamieszkania, na który ma być wysłany pakiet wyborczy:
.....
.....

Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru wyborców Gminy Halinów.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy, lub zatajenie prawdy, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Halinów , dnia

.....
(podpis)

Wnoszę o przesłanie wraz z pakietem wyborczym nakładek na karty do głosowania sporządzonych w alfabecie Braille`a* - **TAK** **NIE**

Załącznik:

- kopia aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności