

.....  
Nazwisko i imię

## ***Urząd Miejski w Suwałkach***

### **ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

1. Na podstawie art. 61c § 1-4 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Kodeks wyborczy (Dz. U. Nr 21, poz. 112 z późn. zm.) zgłaszam zamiar głosowania korespondencyjnego w wyborach do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na dzień 25 maja 2014 roku:
2. Nazwisko .....
3. Imię / imiona .....
4. Imię ojca .....
5. Data urodzenia .....
6. Numer ewidencyjny PESEL .....
7. Adres stałego zamieszkania, na który będzie wysyłany pakiet wyborczy:
  - a) miejscowość .....
  - b) ulica .....
  - c) nr domu ..... nr mieszkania .....
- ☐ Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille’a.\*

### ***O ś w i a d c z e n i e***

Oświadczam, iż jestem wpisany do stałego rejestru wyborców w mieście Suwałki.

.....  
(podpis wyborcy)

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

Suwałki, dnia .....

.....  
(podpis wyborcy)

\* - odpowiednie zaznaczyć