

Prosimy wypełniać czytelnie, pismem **DRUKOWANYM**

Burmistrz Suraza

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W REFERENDUM
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

Nazwisko

Imię (imiona)

Imię ojca

Data urodzenia

Nr ewidencyjny PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr telefonu

Adres na który zostanie wysłany pakiet referendalny:

a) miejscowość:

b) ulica

c) nr domu

Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru wyborców w gminie Suraz.

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

Zgłoszenie dotyczy referendum wojewódzkiego, zarządzanego na dzień 15 stycznia 2017 r.

☐ - Proszę o dołączenie do pakietu referendalnego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a*.

* jeżeli TAK wstawić X w kratce.

Data

.....
(podpis)

Pouczenie.

1. Wnioskodawca zostanie skreślony ze spisu w obwodzie właściwym dla miejsca stałego zamieszkania i ujęty w spisie w obwodzie głosowania właściwym dla obwodowej komisji do spraw referendum, wyznaczonej dla celów głosowania korespondencyjnego.