|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO****W WYBORACH DO SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ  *25 października 2015 roku*** |

|  |
| --- |
| **Miejsce składania wniosku** |
| Wójt/~~Burmistrz/Prezydent Miasta~~\* *(do którego kierowane jest zgłoszenie):* **GMINY *MIŁORADZ*** |

|  |
| --- |
| **Dane wyborcy zgłaszającego zamiar głosowania korespondencyjnego** |
| Imię (imiona):  |
| Nazwisko: |
| Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): |
| Numer PESEL: |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |
| Oświadczam, że jestem wpisany/na do rejestru wyborców pod adresem stałego zamieszkania na obszarze gminy/miasta:  |
| Gmina (miasto, dzielnica):  |
| Miejscowość:  | Kod pocztowy: |
| Ulica:  |
| Nr domu: | Nr mieszkania: |

|  |
| --- |
| **Pakiet wyborczy odbiorę osobiście w Urzędzie Gminy w Miłoradzu\*** |
| **Pakiet wyborczy proszę doręczyć na adres\*:** |
| Gmina (miasto, dzielnica): |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: |
| Ulica:  |
| Nr domu: | Nr mieszkania: |
| Nr telefonu: |

Do pakietu, o którym mowa wyżej proszę dołączyć nakładki na karty do głosowania sporządzone w alfabecie Braille’a: TAK\* NIE\*………………………………………………………………. ………………………………………………………………………Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok) Podpis wyborcy |

\* Niepotrzebne skreślić