Urząd Gminy Żabia Wola

ul. Główna 3

96-321 Żabia Wola

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO**

**W WYBORACH UZUPEŁNIAJĄCYCH DO RADY GMINY ŻABIA WOLA W OKRĘGU WYBORCZYM NR 9**

**ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 13 września 2020 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Imię ojca*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  |
| ***Nr ewidencyjny PESEL*** |  |
| ***ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy, lub wskazanie, że zostanie on ODEBRANY OSOBIŚCIEprzez wyborcę w urzędzie gminy*** |  |
| ***Numer telefonu do kontaktu*** |  |
| ***Adres e-mail*** |  |

TAK  NIE  Proszę o dostarczenie pakietu wyborczego do drzwi lokalu, którego adres został wskazany w zgłoszeniu

 **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

TAK  NIE  Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę

 do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a

 **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**

Żabia Wola, dnia ……………… ……………………..

 (podpis wyborcy)