Morąg, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejscowość, data)

 **BURMISTRZ MORĄGA**

**WNIOSEK**

**O WYPŁATĘ DIETY**

dla męża zaufania wyznaczonego do obwodowej komisji wyborczej

 w wyborach do organów jednostek samorządu terytorialnego

zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy |  |
| Numer PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres do korespondencji *(jeśli jest inny niż adres zameldowania)* |  |
| Nazwa bankuNumer konta bankowego |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oznaczenie obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywała obowiązki męża zaufania | Obwodowa Komisja Wyborcza Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nazwa i adres Urzędu Skarbowego |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis wnioskodawcy)

**W załączeniu:**

Zaświadczenie (lub jego uwierzytelniona kopia) dla męża zaufania, który spełnił warunki niezbędne do wypłaty diety wydane przez przewodniczącego obwodowej komisji wyborczej.

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na\*:**

* przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prywatnego numeru telefonu
w celu skontaktowania się ze mną w sprawach związanych z  rozliczeniem diety za wykonywanie obowiązków męża zaufania podczas wyborów do organów jednostek samorządu terytorialnego zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 numer telefonu

Niniejszym oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

**\*zaznacz właściwe zgody**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i czytelny podpis