**Komisarz wyborczy w Elblągu II**

**ul. Wojska Polskiego 1**

**82 – 300 Elbląg**

**Dane wyborcy:**

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………

Imię (imiona) ……………………………………………………………………………………………………………

Numer ewidencyjny PESEL ……………………………………………………………………………………………………………

Adres, na który ma być wysłany pakiet wyborczy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane kontaktowe:** [Podanie ich nie jest obowiązkowe, ale może przyśpieszyć załatwienie sprawy].

Numer telefonu: ………………………………………… Adres e-mail ………………………………………………………………….

**[ ]** Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej

w alfabecie Braille`a. **(Dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.\*

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ] TAK**  **[ ] NIE** | Wyrażam zgodę na przekazanie danych kontaktowych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych, o którym mowa w art. 20h ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557, 1222 i 1717).\* |

**Do zgłoszenia dołączam** kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności **(dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)**.

…………………………………………….., dnia ………………………….. …………..…………………………………

miejscowość data podpis wyborcy

\* Zaznaczyć właściwe wstawiając znak **[X]**