

**Krajowe Biuro Wyborcze  
Delegatura w Szczecinie  
ul. Jana Matejki 6b  
71-615 Szczecin**

**ZGŁOSZENIE  
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W WYBORACH DO PARLAMENTU  
EUROPEJSKIEGO ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 9 CZERWCA 2024 R.**

<b>Nazwisko</b>	
<b>Imię (imiona)</b>	
<b>Numer PESEL</b>	
<b>ADRES, na który ma być wysłany pakiet wyborczy</b>	
<b>Numer telefonu do kontaktu*</b>	
<b>Adres e-mail do kontaktu*</b>	

TAK  NIE  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 2023 r. poz. 57, z późn. zm.).

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

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
(podpis wyborcy)

\* Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy