

KOMUNIKAT
KOMISARZA WYBORCZEGO W OLSZTYNIE I
z dnia 14 listopada 2019 r.

**o miejscu, czasie i terminie przyjmowania zgłoszeń zamiaru głosowania korespondencyjnego
przez wyborców niepełnosprawnych**

Na podstawie § 9 pkt 1 uchwały Państwowej Komisji Wyborczej z dnia 5 lutego 2018 r. w sprawie określenia właściwości terytorialnej i rzeczowej komisarzy wyborczych oraz ich siedzib, a także trybu pracy komisarzy wyborczych (M. P. poz. 246), w związku z wyborami uzupełniającymi do Rady Gminy w Kozłowie, zarządzonymi na dzień 2 lutego 2020 r. (Dz. Urz. Woj. Warm. – Maz. z 2019 r., poz. 5476) podaje się do publicznej wiadomości informację o miejscu, czasie i terminie przyjmowania zgłoszeń zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborców niepełnosprawnych:

Miejsce przyjmowania zgłoszeń:

Siedziba Komisarzy Wyborczych w Olsztynie
Krajowe Biuro Wyborcze Delegatura w Olsztynie
Aleja Marsz. J. Piłsudskiego 7/9, 10-575 Olsztyn
(gmach Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie, II piętro, pok. 253)
tel. (89) 523 23 48 ; faks: (89) 527 28 57; e-mail: ols-dyr@kbw.gov.pl

Czas przyjmowania zgłoszeń

Zgłoszenia przyjmowane będą codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 – 15:30.

Termin przyjmowania zgłoszeń upływa 20 stycznia 2020 r. o godzinie 15:30.

(termin wydłużony zgodnie z art. 9 § 2 Kodeksu wyborczego;
w razie wysłania dokumentów pocztą o dotrzymaniu terminu rozstrzyga data wpływu przesyłki do Komisarza Wyborczego w Olsztynie).

Wzór zgłoszenia w załączeniu.

Komisarz Wyborczy
w Olsztynie I

/-/ *Mariusz Stachowiak*

**Zgłoszenie zamiaru głosowania korespondencyjnego w wyborach uzupełniających
do Rady Gminy w Kozłowie zarządzonych na dzień 2 lutego 2020 r.**

Komisarz Wyborczy w Olsztynie I

I. Dane wnioskodawcy

Nazwisko

Imię (imiona).....

Imię ojca

Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

PESEL.....

Dobrowolne dane kontaktowe: (np. nr telefonu, adres e-mail)

.....

II. Oświadczenie

Oświadczam, że jestem wpisany/a **do rejestru wyborców w**

mieście/gminie

pod adresem: miejscowość.....

ulica..... kod pocztowy.....

powiat:.....

III. Adres, na który ma być wysłany pakiet wyborczy:

miejscowość.....

ulica.....

kod pocztowy.....

gmina:.....powiat:.....

**IV. W załączeniu kopia aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu
stopnia niepełnosprawności.**

V. Inne

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie

Braille'a: [] tak [] nie

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wyborcy)

*skreślić gdy nie dotyczy

Uwaga: jeżeli głosowanie korespondencyjne dotyczy wyborów wójta zgłoszenie zamiaru głosowania korespondencyjnego dotyczy również ponownego głosowania (art. 53b § 8 Kodeksu wyborczego).

Adnotacje pracownika: zgłoszenie dokonane (zaznaczyć w kółko): ustne, pisemnie, telefaksem, elektronicznie