**GŁOSOWANIE KORESPONDENCYJNE**

**Zamiar głosowania korespondencyjnego wyborca powinien zgłosić**

w terminie do dnia 24 sierpnia 2015r. do Urzędu Miejskiego w Radomiu ul. Kilińskiego 30 pok. nr 107

od poniedziałku do piątku w godz. 730 – 1530

lub telefaksem na numer 48 36-20-747

lub w formie elektronicznej na adres e-mail [k.horwat@umradom.pl](mailto:k.horwat@umradom.pl)

Informacje i wyjaśnienia pod numerami telefonu: 48 36-20-639, 48 36-20-733

Radom, dnia ……..........................…………...2015r.

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO W REFERENDUM OGÓLNOKRAJOWYM ZARZĄDZONYM NA DZIEŃ 6 WRZEŚNIA 2015 R.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWISKO*** |  |
| ***IMIĘ (IMIONA)*** |  |
| ***IMIĘ OJCA*** |  |
| ***DATA URODZENIA*** |  |
| ***NR PESEL*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***ADRES, NA KTÓRY BĘDZIE WYSŁANY PAKIET WYBORCZY*** | Radom  ul. ......................................................................................................  kod pocztowy |
| ***TELEFON*** |  |

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż jestem wpisany/a do rejestru wyborców pod adresem:

Radom, ul. …............................………………….……............................................................................................................

(dokładny adres)

Zgłoszenie dotyczy referendum ogólnokrajowego zarządzonego na dzień 6 września 2015 r.

**□** -Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille’a.

**□ -** Odbiorę osobiście pakiet wyborczy w Urzędzie Miejskim w Radomiu ul. Jana Kilińskiego 30, po otrzymaniu informacji.

………………………………………….

(podpis wyborcy)