

KOMUNIKAT
KOMISARZY WYBORCZYCH W BIAŁYMSTOKU
Z DNIA 15 MARCA 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 posłów do Parlamentu Europejskiego, zarządzonych na dzień 26 maja 2019 r. (Dz. U. poz.365) podaje się do publicznej wiadomości informację o miejscu i terminie przyjmowania zgłoszeń zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborców niepełnosprawnych:

Miejsce przyjmowania zgłoszeń:

Siedziba Komisarzy Wyborczych w Białymstoku

Krajowe Biuro Wyborcze Delegatura w Białymstoku

Ul. Mickiewicza 3, 15-213 Białystok, pokój 303

tel. 85 7439-439 faks 85 74-32-181; e-mail: bia-urszula.suchocka@kbw.gov.pl

Termin przyjmowania zgłoszeń

Zgłoszenia będą przyjmowane codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 8,15 -16,15 do dnia 13 maja 2019 r. (termin wydłużony zgodnie z art.9 § 2 kodeksu wyborczego);

W razie wysłania dokumentów pocztą o dotrzymaniu terminu rozstrzyga data wpływu wysyłki do Komisarzy Wyborczych w Białymstoku.

Wzór zgłoszenia w załączniku.

Komisarz Wyborczy
w Białymstoku I

/-/ Jacek Malinowski

Komisarz Wyborczy
w Białymstoku II

/-/ Jolanta Korwin-Piotrowska

....., dnia
(miejscowość) (data)

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
PRZEZ WYBORCĘ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA, NA KTÓRY BĘDZIE WYŚLANY PAKIET WYBORCZY	
NUMER TELEFONU	

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

.....
(nazwa gminy/miasta)

.....
(podpis wyborcy)

Zgłoszenie dotyczy Wyborów do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na dzień 26 maja 2019 r.

- Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille'a

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

.....
(podpis wyborcy)