

**WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA
W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO,
ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 26 maja 2019 r.**

Miejsce składania wniosku

Wójt/Burmistrz/Prezydent Miasta*, do którego kierowany jest wniosek:

WÓJT GMINY WISZNICE

Dane wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania

Imię (imiona):

Nazwisko:

Imię ojca:

Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok):

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Dane osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa

Imię (imiona):

Nazwisko:

Imię ojca:

Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok):

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, jest dla wyborcy wstępnym**,
zstępnym***, małżonkiem, bratem, siostrą albo osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki
albo kurateli:

TAK

NIE*

Do wniosku załączono:

1. pisemną zgodę osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa;
2. kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności wyborcy, *(nie dotyczy wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 75 lat)*;
3. kopię zaświadczenia o prawie do głosowania wydanego osobie, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, nie jest wpisana do rejestru wyborców w tej samej gminie co wyborca udzielający pełnomocnictwa do głosowania)*;
4. kopię dokumentu potwierdzającego pozostawanie wyborcy z osobą, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, w stosunku przysposobienia/opieki/kurateli* *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy taki stosunek istnieje)*.

Miejsce sporządzenia aktu pełnomocnictwa do głosowania *(wypełnić jedynie w przypadku, gdy ma być ono inne niż miejsce zamieszkania wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania):*

Oświadczenia

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Wyborca wyraża zgodę na to, by w postępowaniu w sprawie sporządzenia aktu pełnomocnictwa był reprezentowany przez osobę, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa:

TAK NIE*

Wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu:

TAK NIE*

Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok):

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Podpis wyborcy *(w przypadku gdy wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu, w miejscu tym podpis składa osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa):*

Adnotacje urzędowe

Numer wniosku:

Uwagi:

Podpis przyjmującego wniosek:

* Niepotrzebne skreślić

** Wstępnym jest ojciec, matka, dziadek, babka itd.

*** Zstępnym jest syn, córka, wnuk, wnuczka itd.