**WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO W RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA** **26.05.2019r** | |  |  |  | | --- | | **Miejsce składania wniosku** | | Wójt/Burmistrz/Prezydent Miasta\*, do którego kierowany jest wniosek:  **WÓJT GMINY PŁOŃSK** |  |  |  | | --- | --- | | **Dane wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania** | | | Imię (imiona): | | | Nazwisko: | | | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): | | PESEL: (dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość) | | | Adres zamieszkania: | |  |  |  | | --- | --- | | **Dane osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa** | | | Imię (imiona): | | | Nazwisko: | | | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): | | PESEL: (dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość) | | | Adres zamieszkania: | | | Osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, jest dla wyborcy wstępnym\*\*\*, zstępnym\*\*\*\*, małżonkiem, bratem, siostrą lub osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki lub 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, a w przypadku obywatela UE niebędącego obywatelem polskim tłumaczenie przysięgłe aktualnego dokumentu potwierdzającego uznanie za osobę o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności *(nie dotyczy wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 75 lat);*  3. 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 do głosowania 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 tym miejscu 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. |