Włodowice, dnia.............................

/imię i nazwisko/ ....................................................

/adres/ ....................................................

PESEL …………………………………………………

 **Urząd Miasta i Gminy Włodowice**

 Proszę o wydanie zaświadczenia o prawie do głosowania w wyborach do Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 października 2023 r.

 ............................................................................................

 /podpis/

Potwierdzam odbiór zaświadczenia ............................................................................................ .

 /data i podpis/