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/