

Stawiszyn, .....  
(miejsowość, data)

**BURMISTRZ STAWISZYNA**  
**ul. Szosa Pleszewska 3**  
**62-820 Stawiszyn**

**WNIOSEK**  
**O WYPŁATĘ DIETY**

dla męża zaufania wyznaczonego do obwodowej komisji wyborczej w wyborach  
do organów jednostek samorządu terytorialnego,  
zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024 r.

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Numer PESEL	
Adres zameldowania	
Adres do korespondencji <i>(jeśli jest inny niż adres zameldowania)</i>	
Nazwa banku	
Numer konta bankowego	
Oznaczenie obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywała obowiązki męża zaufania	Obwodowa Komisja Wyborcza Nr ..... w .....
Nazwa i adres Urzędu Skarbowego	

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**W załączeniu:**

Zaświadczenie (lub jego uwierzytelniona kopia) dla męża zaufania, który spełnił warunki niezbędne do wypłaty diety wydane przez przewodniczącego obwodowej komisji wyborczej.

## OŚWIADCZENIE

**Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na\*:**

- przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prywatnego numeru telefonu oraz adresu e-mail w celu skontaktowania się ze mną w sprawach związanych z rozliczeniem diety za wykonywanie obowiązków męża zaufania podczas wyborów do organów jednostek samorządu terytorialnego zarządzanych na dzień 7 kwietnia 2024 r.

.....  
numer telefonu

- przekazanie przez Urząd Gminy i Miasta w Stawiszynie deklaracji PIT-R na wskazany przeze mnie powyżej adres do korespondencji

Niniejszym oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

**\*zaznacz właściwe zgody**

.....  
data i czytelny podpis