(Name, Vorname)

Vertrauensperson der Menschen   
mit Schwerbehinderung

, den

(Ort)

# **Bestellung des Wahlvorstandes**

## **für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung**

Spätestens am läuft meine Amtszeit als Vertrauensperson ab.   
Gemäß § 1 Absatz 1 Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen bestelle ich   
zum **Vorsitzenden des Wahlvorstands**

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Stellvertretende/-r Vorsitzende/-r:

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und zu weiteren **Mitgliedern** des Wahlvorstands

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Ersatzmitglied:

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Ersatzmitglied:

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

(Unterschrift)

**Verteiler:**

1. Mitglieder des Wahlvorstands mit der Bitte, die Annahme des Amts zu bestätigen;   
   nach Bestätigung der Annahme
2. Arbeitgeber/-in zur Kenntnis
3. Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
4. Vertrauensperson

– § 1 Absatz 1 SchwbVWO –