Vertreter des Wahlvorschlags

(Name)

(Wenn kein/-e andere/-r Unterzeichner/.rin des Wahlvorschlags ausdrücklich als Vertreter/-in bezeichnet ist, wird der/die an erster Stelle Unterzeichnende als Vertreter/-in des Wahlvorschlags angesehen)

eingegangen am , Uhr

(Unterschrift eines Mitglieds des Wahlvorstands)

# **Wahlvorschlag**

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der Menschen mit Schwerbehinderung schlagen wir vor:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

1. Für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** schlagen wir vor (Achtung: die Zahl der hier genannten Bewerber/-innen darf die Zahl der stellvertretenden Mitglieder laut Wahlausschreiben nicht übersteigen! Wenn also laut Wahlausschreiben nur ein stellvertretendes Mitglied zu wählen ist, darf hier auch nur ein/-e Bewerber/-in genannt werden!):

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

1. Die schriftliche Zustimmung der Bewerber/-innen ist als Anlage beigefügt.
2. Unterzeichnende des Wahlvorschlags (Achtung: mindestens ein Zwanzigstel der Wahlberechtigten, mindestens jedoch drei Wahlberechtigte! Die erforderliche Zahl von Unterschriften ist im Wahlausschreiben angegeben).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Name | Vorname | Betrieb/Dienststelle | Unterschrift |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(eventuell Fortsetzung auf der Rückseite)

– § 6 SchwbVWO –

Fortsetzung Unterzeichnende des Wahlvorschlags:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Name | Vorname | Betrieb/Dienststelle | Unterschrift |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |