(Name, Vorname)

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen

 , 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 Wahlvorstandes**

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Stellvertretende/r Vorsitzende/r:

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und zu weiteren **Mitgliedern** des Wahlvorstandes

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Ersatzmitglied:

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Ersatzmitglied:

 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

 (Unterschrift)

**Verteiler:**

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

– § 1 Absatz 1 SchwbVWO –