Vertreter des Wahlvorschlags

(Name)

(Wenn kein anderer Unterzeichner des Wahlvor­schlags ausdrücklich als Vertreter bezeichnet ist, wird der an erster Stelle Unterzeichnete als Vertreter des Wahlvorschlags angesehen)

eingegangen am , Uhr

(Unterschrift eines Mitglieds des Wahlvorstandes)

# **Wahlvorschlag**

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen 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 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 Bewerber 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 ist als Anlage beigefügt.

4. Unterzeichner 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 Unterzeichner des Wahlvorschlags:

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