

Wahl der Schwerbehindertenvertretung

Wahlvorstand

Ort/Datum

Ausgehängt am

Abgenommen am

Bekanntmachung der Bewerber/innen für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung am

.....

Mit gültigen Wahlvorschlägen wurden vorgeschlagen:

1. für die Wahl zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:

Lfd. Nr.	Familienname in alphabetischer Reihenfolge	Bei Namensgleichheit: Vorname	Bei Namensgleichheit: Geburtsdatum	Art der Beschäftigung im Betrieb
1.				
2.				
usw.				

2. für die Wahl zum stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung:

Lfd. Nr.	Familienname in alphabetischer Reihenfolge	Bei Namensgleichheit: Vorname	Bei Namensgleichheit: Geburtsdatum	Art der Beschäftigung im Betrieb
1.				
2.				
usw.				

.....
Unterschriften aller Wahlvorstandsmitglieder