Name: ……………………………………………..

Vorname:……………………………………………..

Ort: ……………………………………………..

Datum: ……………………………………………..

**Zustimmungserklärung**

Hiermit erkläre ich meine Zustimmung zur Bewerbung für die Wahl zur Vertrauensperson der Schwerbehinderten/des stellvertretenden Mitglieds der Schwerbehindertenvertretung.

**……………………………………………..**

(Unterschrift)