Wahlvorstand

Wahl der Schwerbehindertenvertretung

Betrieb/Dienststelle: .........................................

................................................

(Ort, Datum)

Ausgehängt am \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_

Abgenommen am \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_

**Bekanntmachung der Bewerber/innen für die**

**Wahl der Schwerbehindertenvertretung am**

**\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_**

Mit gültigen Wahlvorschlägen wurden vorgeschlagen:

1. **für die Wahl zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:**

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

1. **für die Wahl zum stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschriften aller Wahlvorstandsmitglieder