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

Wahl der Schwerbehindertenvertretung am \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_

**Stimmzettel**

1. **Wahl der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen**

Bitte kennzeichnen Sie nur den von Ihnen gewählten Bewerber mit einem Kreuz in der rechten Spalte, die für das Ankreuzen vorgesehen ist.

Dieser Teil des Stimmzettels wird ungültig, wenn Sie mehr als **eine/n** Bewerber/in ankreuzen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd.Nr. | Familienname | Vorname | Geburtsdatum | Art der Beschäftigung im Betrieb | Ankreuzen |
| 1. |  |  |  |  | **○** |
| 2. |  |  |  |  | **○** |
| 3. |  |  |  |  | **○** |
| usw. |  |  |  |  |  |

Die Bewerberinnen und Bewerber sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

1. **Wahl des stellvertretenden Mitglieds/der stellvertretenden Mitglieder**

**der Schwerbehindertenvertretung**

Bitte kennzeichnen Sie nur den/die\*) von Ihnen gewählte/n Bewerber/in mit einem Kreuz in der rechten Spalte, die für das Ankreuzen vorgesehen ist.

Dieser Teil des Stimmzettels wird ungültig, wenn Sie mehr als \_\_\_\_\_ Bewerber/innen ankreuzen!

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd.Nr. | Familienname | Vorname | Geburtsdatum | Art der Beschäftigung im Betrieb | Ankreuzen |
| 1. |  |  |  |  | **○** |
| 2. |  |  |  |  | **○** |
| 3. |  |  |  |  | **○** |
| usw. |  |  |  |  |  |

Die Bewerberinnen und Bewerber sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen