**Stimmzettel**

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

**der Schwerbehindertenvertretung**

Bitten kennzeichnen Sie den/die von Ihnen gewählte/n Bewerber/in durch Ankreuzen. Es können bis zu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bewerber/innen angekreuzt werden. Der Stimmzettel ist ungültig, wenn Sie mehr als **\_\_\_\_\_\_** Bewerber/innen ankreuzen.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ................................................................................................................................Familienname Vorname Art der Beschäftigung |
|   | ................................................................................................................................Familienname Vorname Art der Beschäftigung |
|  | ................................................................................................................................Familienname Vorname Art der Beschäftigung |
|  | ................................................................................................................................Familienname Vorname Art der Beschäftigung |
|  | ................................................................................................................................Familienname Vorname Art der Beschäftigung |
| u. s. w. |  |

Die Bewerber/innen sind in **alphabetischer Reihenfolge** aufgeführt.