Vertreter*in des Wahlvorschlags_____(Name)
(wenn kein*e andere*r Unterzeichner*in des Wahlvorschlags ausdrücklich als Vertreter*in bezeichnet ist, wird der*die an erster Stelle Unterzeichnete als Vertreter*in des Wahlvorschlags angesehen)

eingegangen am _____ ,_____Uhr _____
(Unterschrift eines Mitglieds des Wahlvorstandes)

WAHLVORSCHLAG

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen schlagen wir vor:

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

2. Für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** schlagen wir vor (maximal **7** Stellvertreter*innen):

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

   _____
   (Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Dienststelle/Institut)

3. **Die schriftliche Zustimmung der Bewerber*innen ist als Anlage beigefügt.**

4. **Unterzeichner*innen des Wahlvorschlags** (erforderlich sind mindestens **11** Unterschriften von Wahlberechtigten, § 6 SchwbVWO).

Lfd. Nr.	**Name**	**Vorname**	**Dienststelle/Institut**	**Unterschrift**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				