

Protokoll (Auszug aus der Niederschrift)

über die Wahl der **Behindertenvertrauensperson und StellvertreterIn(nen)**

Firmenname

Anschrift

Branche Tel./Fax

Die Wahl einer Behindertenvertrauensperson erfolgte am <input style="width: 150px;" type="text"/>	Die Konstituierung erfolgte am <input style="width: 150px;" type="text"/>	Beschäftigte gesamt <input style="width: 100px;" type="text"/> ArbeiterInnen <input style="width: 100px;" type="text"/> Angestellte <input style="width: 100px;" type="text"/>
---	--	--

Wahlergebnis			
Anzahl der Wahlberechtigten	abgegebene Stimmen	ungültige Stimmen	gültige Stimmen
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Wahlvorschlag	Stimmen	Mandate	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Gewählte Behindertenvertrauensperson

Funktion	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Berufl.	Tätigkeit
Privatanschrift			E-Mail/tel. Erreichbarkeit		

StellvertreterIn(nen)

Funktion	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Berufl.	Tätigkeit
Privatanschrift			E-Mail/tel. Erreichbarkeit		

Funktion	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Berufl.	Tätigkeit
Privatanschrift			E-Mail/tel. Erreichbarkeit		

Funktion	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Berufl.	Tätigkeit
Privatanschrift			E-Mail/tel. Erreichbarkeit		

Ort, Datum: Unterschrift:
Vorsitzende/r Wahlvorstand