WählerInnenliste

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

des Betriebes

Fortl. Zahl	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Beschäftigt im Betrieb seit	Grad d. Behin-derung	Anmer-kung*

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....
Vorsitzende/r Wahlvorstand

* zum Beispiel WahlkartenwählerInnen