Der Wahlvorstand

 zur

Wahl der Vertrauensperson der schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

der/des ...................................

................................................

Herrn/Frau

................................

................................

................................

**Wahl der Vertrauensperson der**

**schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

**der/des .....................................;**

**Wahlergebnis**

Sehr geehrter Herr ..............................,

Sehr geehrte Frau ...............................,

bei der Wahl zur Vertrauensperson, der/des .................................................... am ............................. erreichten Sie mit ........... Stimmen leider nicht die zur Wahl als Vertrauensperson oder stellvertretenden Vertrauensperson erforderliche Stimmenzahl.

Nach § 17 i.V.m § 12 Abs. 3 der Wahlordnung zum Mitarbeitervertretungsgesetz rücken Sie im Bedar­fsfall als .................. Ersatzmitglied nach.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, sich zur Wahl der Vertrauensperson zur Verfügung zu stellen und verbleiben.

Mit freundlichen Grüßen

Der Wahlvorstand

Vorsitzender/Vorsitzende