**W ä h l e r l i s t e der ……….**

für die Wahl Vertrauensperson der schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der/des .­........................................ am ............................;

die nicht Wählbaren sind besonders gekennzeichnet.

Des Weiteren sind alle zur allgemeinen Mitarbeitervertretungswahl Wählbaren wählbar, die nicht schwerbehindert oder gleichgestellt sind (Anlage 5 a).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lfd. Nr. | N a m e, Vorname | nicht wählbar |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |