

Absender:

Stadt Reinbek
Fachbereich Bürgerangelegenheiten
Soziale Leistungen
Hamburger Str. 5-7
21465 Reinbek

**Wahlvorschlag für die Wahl des Behindertenbeirats
der Stadt Reinbek am 15. März 2022**

Als Kandidatin/Kandidat für die Wahl des Behindertenbeirats wird vorgeschlagen/schlägt sich vor

Name Vorname

Anschrift Geburtsdatum

Telefon Fax E-Mail

Datum Unterschrift

Erklärung der/des Vorgeschlagenen:

Zur Wahl des Behindertenbeirats der Stadt Reinbek stehe ich als Kandidatin / Kandidat zur Verfügung. Im Falle meiner Wahl nehme ich das Amt an.

Ich bin **nicht** Mitglied der Stadtverordnetenversammlung oder bürgerliches Mitglied eines Ausschusses der Stadtverordnetenversammlung.

Ich bin **nicht** Mitarbeiter:in der Stadtverwaltung Reinbek.

Datum, Unterschrift der Kandidatin/des Kandidaten