

Wahl Abteilungsvorstand Schauspiel

Wahlvorschlag – Gruppe 4 – Sonstige Mitarbeiter*innen

Name			
Vorname			
Hochschulbereich			
Geburtsdatum			

Ich stimme dieser Kandidatur zu

.....		
Unterschrift Bewerber*in	Unterschrift Bewerber*in	Unterschrift Bewerber*in

Ich unterstütze diesen Wahlvorschlag:

.....

.....

.....

..... Datum der Entgegennahme durch den Wahlvorstand	Dieser Wahlvorschlag wurde geprüft und zugelassen am	 Unterschrift Vorsitzende*r Wahlvorstand
--	---	--