

**Wahlvorschlag
für die studentische Vertretung der*des
Beauftragten für Studierende mit
Behinderung oder chronischer Erkrankung**

Candidate nomination
for the student representative of the
Special Needs Commissioner for Students with
Disabilities or Chronic Illnesses

Statusgruppe
Group

☐ Studierende / Students

Nachname Last Name	Vorname First Name	Fakultät Faculty	Zustimmung zur Bewerbung (Unterschrift) Approval of the nomination (Signature)

Der Wahlvorschlag muss von mindestens zwei Wahlberechtigten derselben Statusgruppe unterschrieben werden:
The nomination form must be signed by two other eligible voters of the same group:

Nachname Last Name	Vorname First Name	Fakultät Faculty	Unterschrift Signature

Nachname Last Name	Vorname First Name	Fakultät Faculty	Unterschrift Signature