|  |  |
| --- | --- |
| **Wahlvorschlag**  |  **Gruppe der Studierenden** |
| **für die Vertretung der Belange von Studierenden mit Behinderung oder chronischer Erkrankung****der Hochschule Rhein-Waal** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Fakultät** | **Zustimmung zur Bewerbung (Unterschrift)** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Der Wahlvorschlag muss von mindestens zwei Wahlberechtigten der Gruppe unterschrieben werden.**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ****

**Name:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Vorname in Druckbuchstaben, Unterschrift** | **Name und Vorname in Druckbuchstaben, Unterschrift**  |