|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **WAHLANTRAG** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kommission:** |  | **Kom.Nr.** |  |

**Personalangaben der Kandidatin oder des Kandidaten:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname, Titel: |  | | | | | |
| Beruf: |  | | | | | |
| Strasse: |  | | | | | |
| PLZ / Wohnort |  | | | | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | | |
| AHV-Nummer: |  | | | | | |
| Telefon: | P |  |  | G |  |  |
| Mobile: | P |  |  | G |  |  |
| E-Mail |  | | | | | |
| Vertretung/Ersatz von: |  | | | | | |
| Vorgesehene Funktion: |  | | | | | |
| Amtsantritt am: |  | | | | | |
| Ausbildung: |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Berufliche Tätigkeit: |  | | | | | |
| Datum und Unterschrift der |  | | | | | |
| Kandidatin / des Kandidaten: |  | | | | | |
| Unterschrift des Antrag- |  | | | | | |
| stellers / der Antragstellerin: |  | | | | | |

**🡪** Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterzeichnete Formular mit einem **Scan Ihres Versicherungsausweises** an [info.bldams@sg.ch](mailto:info.bldams@sg.ch). Besten Dank. »