|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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. Besten Dank. »