

Berichtsbogen SBV-Wahlen zur Verwendung bei der IGBCE

Ausdrucke / Verteiler:

- alle aufgelisteten Personen
- wahl@igbce.de

Datenschutzerklärung:

Sofern als IGBCE-Mitglied eine ausdrückliche Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DS-GVO zur Verwendung der Daten gegeben wurde, werden die nachfolgenden Daten verwendet, um regelmäßig Informationen zu Vernetzungsveranstaltungen, Projekten o. ä. zukommen zu lassen.

Für alle anderen nachfolgend aufgeführten Personen erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt zur Wahrung der berechtigten Interessen der IGBCE (Sicherstellung einer Interessenvertretung für Menschen mit Schwerbehinderung, Organisation und Koordination von Vernetzungstreffen zwischen den Schwerbehindertenvertretungen zur Förderung der Inklusion) und ein entgegenstehendes überwiegendes Interesse ist nach Abwägung aller in Betracht kommenden Interessen nicht erkennbar.

Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an Dritte oder an Länder außerhalb der EU findet nicht bzw. nur bei entsprechenden gesetzlichen Verpflichtungen statt.

Eine Löschung bzw. Anonymisierung der personenbezogenen Daten kann jederzeit an info.datenschutz@igbce.de adressiert werden. Gleiches gilt für da Widerspruchsrecht nach Art. 21 DS-GVO.

Bitte ausgefüllt einscannen und senden an: wahl@igbce.de		Gibt es Stufenvertretung:
Betrieb:	<input type="text"/>	Keine: <input type="checkbox"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Nur GSBV: <input type="checkbox"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	GSBV + KSBV: <input type="checkbox"/>
IGBCE-Bezirk:	<input type="text"/>	Nur KSBV: <input type="checkbox"/>

Gremien-Erfassung IGBCE	
Es wurden gewählt am: <input type="text"/>	Antwort mit Anfangsbuchstaben:
Amtzeitbeginn am: <input type="text"/>	Wahlverfahren [F]örmlich / [V]ereinfacht: <input type="checkbox"/>
Amtszeitende am: <input type="text"/>	Wahl [A]nschluss / [E]rstmal: <input type="checkbox"/>

Angaben zu den Wahlberechtigten:			
Schwerbehinderte männlich: <input type="checkbox"/>	Schwerbehinderte weiblich: <input type="checkbox"/>	Schwerbehinderte divers: <input type="checkbox"/>	Gesamt Schwerbehinderte: <input type="checkbox"/>
Gleichgestellte männlich: <input type="checkbox"/>	Gleichgestellte weiblich: <input type="checkbox"/>	Gleichgestellte divers: <input type="checkbox"/>	Gesamt Gleichgestellte: <input type="checkbox"/>
Gesamt männlich: <input type="checkbox"/>	Gesamt weiblich: <input type="checkbox"/>	Gesamt divers: <input type="checkbox"/>	Gesamt Wahlberechtigte: <input type="checkbox"/>

Wahlbeteiligung bei der Wahl zur Vertrauensperson:	Abgegebene Stimmen: <input type="checkbox"/>	davon gültig: <input type="checkbox"/>
---	--	--

Zur Vertrauensperson:	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
Neu im Amt [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>

Zur Stellvertretung:	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
Neu im Amt [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>

2. Stellvertretung	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>

3. Stellvertretung	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>

4. Stellvertretung	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>

5. Stellvertretung	Nach- Vorname	Geb.datum	Geschlecht
IGBCE-Mitglied [X]: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dienstl. erreichbar: <input type="checkbox"/>	Tel.: <input type="text"/>	Mail: <input type="text"/>