

Formular zur Aufnahme in die Vorschlagsliste (Inklusionsbeauftragte (w/d/m))

Magistrat der Stadt Pfungstadt
Kirchstraße 12 - 14
64319 Pfungstadt

Wahl der/des Inklusionsbeauftragten (w/d/m) für die Amtsperiode 2024 bis 2028

Ich bewerbe mich für die Aufnahme in die Vorschlagsliste zur Wahl der/des Inklusionsbeauftragten.

Angaben zur Person*

Name, ggf. Geburtsname (bei Abweichung)			
Vorname/n			
Geburtsdatum	Geschlecht (w/d/m)	Beruf (freiwillige Angabe)	
Straße/Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Telefon (freiwillige Angabe)			E-Mail

*Der Name und Vorname werden zum Zwecke der Wahl veröffentlicht.

Ich habe folgende Erfahrungen mit dem Thema Inklusion:

Ich begründe die Bewerbung für das Amt wie folgt:

.....

(Ort/Datum, Unterschrift)