**Zustimmungserklärung**

**betreffend die Wahl der Vertreter\_innen in den Fakultätsrat der Fakultät für**

**<Name der Fakultät>**

**(Funktionsperiode 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2023)**

**am Donnerstag, 21. November 2019**

**Personengruppe:** *„Universitätsdozent\_innen sowie wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeiter\_innen im Forschungs-, Kunst- und Lehrbetrieb“*

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, auf der von

|  |
| --- |
| **<Name Zustellungsbevollmächtigte\_r>** |

eingebrachten Liste

|  |
| --- |
| **<Name der Liste>** |

zu kandidieren.

|  |  |
| --- | --- |
| Berufstitel, akademische Titel: |  |
| **NAME Vorname:** |  |
| Institutsnummer, Institut: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail: |  |
| **Unterschrift:** |  |