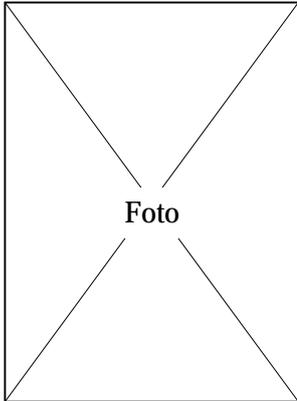




Anmeldeformular zur Einbürgerung für
ausländische Staatsangehörige

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>	
Telefon p	<input type="text"/> Mobile <input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/>	
Nationalität	<input type="text"/> Religion <input type="text"/>	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet Hochzeitsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
War Ihr Partner an der Hochzeit schon Schweizer Bürger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Beruf/Tätigkeit	<input type="text"/>
Name Arbeitgeber/Schule	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Vorgesetzte/r bzw. Lehrer/in	<input type="text"/>
in der Firma/Schule seit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Telefon Geschäft <input type="text"/>
Seit wann sind Sie in der Schweiz?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Seit wann in Lupsingen? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welches ist Ihre Muttersprache?	<input type="text"/>
Wie beurteilen Sie Ihre Deutschkenntnisse?	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> genügend <input type="checkbox"/> schlecht
Sind Sie Mitglied in einem Verein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in <input type="text"/>
Weshalb möchten Sie Lupsinger/Lupsingerin werden?	<input type="text"/>

Der Bewerber/die Bewerberin bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift das wahrheitsgetreue Ausfüllen dieses Formulares und erklärt sich damit einverstanden, dass der Bürgerrat die Angaben für die Prüfung der Einbürgerung verwenden darf. Bei Unmündigen Bewerbern müssen zusätzlich die gesetzlichen Vertreter unterschreiben.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------