

# Erklärung

---

Bei Politikern etc. sind alle Verbindungen schon vor der Wahl zu veröffentlichen !

Der/die unterzeichnete Person:

Richter, Staatsanwalt, Untersuchungsrichter, Rechtsanwalt, Polizist, Geometer, Behördenmitglied, Politiker oder/und im Amt oder Auftrag von Behörden etc. stehende Person

Name : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Beruf/ im Auftrag als (Funktion) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Der Behörde: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Kanton / Land: \_\_\_\_\_

erklärt hiermit, dass er/sie

- sich **immer an die kommunalen, kantonalen, nationalen Verfassungen und Gesetze sowie an die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)** etc. gehalten hat und auch weiterhin halten wird sowie diese respektiert, akzeptiert und sie auch noch nie missachtet hat.
- **mit keinen Personen und Parteien in diesem Fall befreundet, verfeindet, verwandt, verschwägert ist oder mit ihnen sympatisiert oder mit ihnen anderweitig verpflichtet ist** - was den Entscheid oder die Aussage etc. in irgend welcher Art negativ/falsch beeinflussen könnte wie z.B. Weglassen von Tatsachen und Beweismitteln etc.

Der / die Unterzeichnete bestätigt auch , dass er/sie

- **keiner fremden oder geheimen Macht angehört** wie z.B. der Freimaurer, Rotarier, Lions, Kiwanis, Round Table, Opus Dei, Rosenkreuzer, Saturnier, Bilderberger, Zonta , Soroptimisten oder dubiosen und geheimen Clubs etc. **und deren Gesetze oder Verfassungen nicht verpflichtet ist - auch nicht durch andere Einflüsse behaftet ist** wie Religion, Konfession, Beruf, Tätigkeit, Verpflichtung, Zwang , Erpressung, Abhängigkeit oder seelische, geistige Charakterliche Behinderung wie z. B. Wahrnehmungsstörung, Realitätsverlust, Unzurechnungsfähigkeit, Schizophrenie etc. Drogen, Alkohol, Medikamente etc. , **welche die kommende Entscheidungsfähigkeit beeinflussen kann oder könnte.**

Die oben erwähnten Einflüsse, Zugehörigkeiten, Verbindungen , auch Verwaltungsratsmandate mit Lohn etc. sind hiermit bekannt zu geben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bei Nichtunterzeichnung dieser Erklärung ist diese Person mit dringendem Verdacht als nicht urteilsfähig etc. einzustufen und - somit abzulehnen.