



## PEC-Adresse

Ich wünsche, dass die Mitteilungen bezüglich meines Antrages ausschließlich über zertifizierte elektronische Post (PEC) erfolgen.

PEC-Adresse: .....

Der/die Unterfertigte erklärt zudem vom spezifischen Informationsschreiben zur Behandlung der personenbezogenen Daten „Rekurs-Instanz gemäß Art. 14 des Landesgesetzes Nr.46/1978“ Kenntnis zu haben.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

.....

Unterschrift

## Anlage

Fachärztliche Bescheinigung (nicht älter als 6 Monate)