



ERZDIOEZE WIEN
VIKARIAT WIEN-STADT
1010 Wien, Wollzeile 2

Telefon: +43-1-515 52-3438
Fax: +43-1-515 52-3742
E-Mail: vik.wien-stadt@edw.or.at

**KOMMUNIONHELPERKURS II
Aufbaukurs: Krankenkommunion**

Termin: _____

Zeit: jeweils von 9-15 Uhr

Ort: Palottihaus, Auhofstraße 10, 1130 Wien

Ort, Datum

**ANTRAG UM BEAUFTRAGUNG
ZUR SPENDUNG DER KRANKENKOMMUNION**

Familienname: _____

Vorname

(Taufname, kein Rufname): _____

Ordensname:

(bei Ordensangehörigen) _____

Ordenszugehörigkeit:

(mit Ordenskürzel) _____

Geburtsdatum: _____

Schulbildung

Akad. Titel: _____

Beruf: _____

Stand: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail*: _____

Etwaige theol.

Ausbildung: _____

Wirkungsbereich

Pfarre (Ordensgemeinschaft): _____

Kommunionhelfer-

Grundkurs I am: _____

Ansuchensbegründung
des Pfarrers: _____

Zustimmung des PGR

lt. Protokoll vom: _____

* Die hier angegebene E-Mail-Adresse wird in der PSD gespeichert und ich erhalte den thema kirche-Newsletter.

Pfarrsiegel

(Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin)

(Unterschrift des Pfarrers)

Dieses Ansuchen bitte bis spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn an das Vikariatssekretariat senden.