



Roma, \_\_\_\_\_

## VICARIATO DI ROMA

### UFFICIO LITURGICO

Piazza San Giovanni in Laterano, 6/a - 00184 Roma

tel. 06/69886214 - fax 06/69886145

e-mail: [ufficioliturgico@vicariatusurbis.org](mailto:ufficioliturgico@vicariatusurbis.org)

**A Sua Eminenza Rev. ma  
il Cardinale Vicario**

Il sottoscritto Parroco \_\_\_\_\_

della Parrocchia \_\_\_\_\_, Diocesi di ROMA

nella sua pastorale responsabilità del servizio dell'Eucaristia, soprattutto verso gli ammalati del suo territorio, permanendo la situazione di necessità

## CHIEDE IL RINNOVO

### DEL MANDATO DI MINISTRO STRAORDINARIO DELLA COMUNIONE

per \_\_\_\_\_

Cognome

nome

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

dell'Istituto (se religioso/a) \_\_\_\_\_

Attualmente visita a casa (o in altre strutture) n. \_\_\_\_\_ malati, portando la S. Comunione su mio incarico.

La parrocchia ha già n. \_\_\_\_\_ ministri straordinari della comunione.

**Timbro**

**Firma del Parroco**

\_\_\_\_\_

## SCHEDA INFORMATIVA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Istituto (se religioso/a) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

abitante in (via) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

e - mail \_\_\_\_\_

celibe/nubile  vedovo/a  coniugato/a  con \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_

Attività lavorativa \_\_\_\_\_

Parrocchia \_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_ pref. \_\_\_\_\_

Servizio ecclesiale \_\_\_\_\_

### CORSI FREQUENTATI

Liturgia \_\_\_\_\_

Catechesi \_\_\_\_\_

Carità \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_

*Firma del candidato*

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione dell'informativa fornitami circa il trattamento dei miei dati personali,  
 esprimo il mio consenso al **trattamento** degli stessi per le finalità accessorie correlate al mio incarico diocesano.  
 esprimo il mio consenso alla **comunicazione e diffusione** degli stessi nelle modalità indicate e per le finalità accessorie correlate al mio incarico diocesano.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Firma del cappellano Ospedale/Clinica  
(laici o religiosi/e che presteranno il servizio in ospedale o clinica)*

*Firma del Superiore/a  
(solo per i religiosi /e)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro

Timbro