

**VICARIATO DI ROMA**  
**Ufficio Clero**

Eminenza Reverendissima,

Il sottoscritto cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

domiciliato presso \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ordinato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ per l'Istituto \_\_\_\_\_

trovandosi in Roma per motivi di studio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

alla facoltà \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_

fa rispettosa domanda per ottenere la conferma delle facoltà di ascoltare le confessioni e di predicare nella diocesi di Roma.

Devotamente ringrazia ed ossequia.

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa fornitami circa il trattamento dei miei dati personali, 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 \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Si concedono le facoltà \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_