

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 _____