

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 Ministro straordinario della Comunione

Io sottoscritto _____, presa visione
dell'informativa fornитами 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 _____