

## 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 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