STUDENTI RELIGIOSI

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 _____

tipo documento_____n°_____

rilasciato in data_____ valevole fino al_____

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 _____

Presa 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 _____