

Domanda per cambio di luogo di esercizio

**A Sua Eccellenza Reverendissima
Mons. Francesco CACUCCI
C/o Vicariato Episcopale per il Diaconato e Ministeri
CURIA ARCIVESCOVILE B A R I**

Il sottoscritto/a.....
nato/a...a.....il.....
domiciliato/a.....Via.....
C.A.P.Tel.....
Stato Civile.....Titolo di Studio.....
Professione..... (per le Religiose indicare la famiglia Religiosa a cui
si appartiene).....C.A.P.Tel.....
Istituito/a Ministro Straordinario della S. Comunione in data.....presso
questa Diocesi con tesserino NR.....
Provenienza (ultimo luogo di esercizio).....

DESIDERA,

in base alle norme diocesane, che mi sia rilasciata autorizzazione ad esercitare il Ministero presso:

la Parrocchia..... (oppure)
la Comunità Religiosa(oppure)
Cappellania/Ospedale

Data, li

FIRMA

Visto: (del Parroco o della Superiora o del Cappellano dell'attuale luogo di esercizio)

FIRMA

Nulla osta (del Parroco o della Superiora o del Cappellano del precedente luogo di esercizio)

FIRMA

Si allega: Tesserino
1 Foto formato tessera.