

**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.