



Città di Castello, _____

Diocesi di Città di Castello

UFFICIO LITURGICO

Piazza Gabriotti, 10 - 06012 Città di Castello

e-mail: ufficioliturgico@diocesidicastello.it

**A Sua Ecc. Rev. ma
Mons. Domenico Cancian**

Il sottoscritto Parroco _____

della Parrocchia _____ Diocesi di Città di Castello,

CHIEDE IL MINISTERO STRAORDINARIO DELLA COMUNIONE

da esercitare nella sua Parrocchia (o Comunità religiosa _____)

“perché non restino privi della luce e del conforto per questo sacramento i fedeli che desiderano partecipare al banchetto eucaristico ed ai frutti del sacrificio di Cristo”

per

Cognome

nome

via _____ n. _____ cap. _____

dell' Istituto (se religioso/a) _____

Attualmente visita a casa (o in altre strutture) n. _____ malati, portando la S. Comunione su mio incarico.

La parrocchia ha già n. _____ ministri straordinari della comunione.

Timbro

Firma del Parroco

SCHEMA 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 _____

Servizio ecclesiale _____

CORSI FREQUENTATI

Liturgia _____

Catechesi _____

Carità _____

Altri _____

Firma del candidato

*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