

DIOCESI DI AVERSA

Cappellania Ospedaliera _____

in _____



All'attenzione
dell'Ufficio Liturgico Diocesano

ELENCO MINISTRI STRAORDINARI DELLA COMUNIONE
DA RINNOVARE

(si allegano i tesserini personali da convalidare)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

REFERENTE:

NOME _____

COGNOME _____

CELL  _____

EMAIL _____

(luogo e data)

(timbro e firma del Cappellano)

DIOCESI DI AVERSA

Cappellania Ospedaliera _____

in _____



All'attenzione
dell'Ufficio Liturgico Diocesano

ELENCO MINISTRI STRAORDINARI DELLA COMUNIONE

NON RINNOVATI

(non più idonei o che non esercitano più il ministero)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

(luogo e data)

(timbro e firma del Cappellano)