………………………………

*Miejscowość i data*

*Adres do korespondencji*

**Diecezjalna Komisja Liturgiczna w Tarnowie**

33-100 Tarnów, ul. Legionów 30

W związku ze stwierdzoną u mnie (lub u mojego dziecka) chorobą celiakii zwracam się z uprzejmą prośbą aby Biskup Diecezjalny zezwolił mi (lub mojemu dziecku) na przyjmowanie komunii św. o niskiej zawartości glutenu.

Oto moje dane (lub dane mojego dziecka):

Imię i nazwisko: ………………………………………………………….……

Data i miejsce urodzenia: ………………………………………...……………

Adres zamieszkania: ………………………………...…………………………

…………………………………………………………………………….……

Parafia do której przynależę: **Matki Bożej Anielskiej w Dębicy**

Do prośby dołączam także wymagane zaświadczenie lekarskie, potwierdzające moją chorobę (lub chorobę mojego dziecka).

………………………………

Podpis

POTWIERDZENIE PROBOSZCZA

*Pieczęć parafii*

Potwierdzam wiarygodność powyższej prośby mojego parafianina.

…………………………………

*Data i podpis kapłana*