

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
Codice fiscale _____
Recapito: tel. _____ e/o e-mail _____
in qualità di fiduciario ai sensi della Legge 219/2017,

DICHIARA

di aver personalmente ricevuto copia della disposizione anticipata di trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017) depositata in busta chiusa, annotata nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di ZERO BRANCO al progressivo n. _____ in data _____ dal disponente:

(cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a ZERO BRANCO in via _____
Codice fiscale _____
Recapito: tel. _____ e/o e-mail _____

Firma del fiduciario per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che, in base a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), i propri dati verranno trattati solo ed esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma del fiduciario _____

Parte riservata all'Ufficio Stato Civile – Comune di Zero Branco

Io sottoscritto _____

ho identificato il sopra elencato fiduciario il quale ha sottoscritto in mia presenza per accettazione dell'incarico di cui alla dichiarazione registrata nel Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) con il progressivo sopracitato.

L'identificazione è avvenuta per esibizione del documento di identità: _____

n. _____ rilasciato il _____ da _____

Zero Branco, _____ d'Ordine del Sindaco _____

ESENTE DA BOLLO (ART. 37/DPR445/2000, e ART. 4/L219/2017)