COMUNE DI SASSARI

***Codice Fiscale N°* 00239740905**

Settore Contratti Pubblici e Servizi alla cittadinanza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
Codice Fiscale |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|, residente a Sassari in Via/Piazza _____ recapito telefonico _____e-mail _____ in qualità di **DISPONENTE** ai sensi della Legge 219/2017

DICHIARA

di aver personalmente depositato in data odierna la Disposizione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017), annotata nel registro istituito presso l'ufficio di Stato Civile - Servizio Punto Città - del Comune di Sassari .
Lo/La stesso dichiara di essere capace di intendere e di volere e di nominare in qualità di fiduciario la seguente persona, alla quale è stata rilasciata copia della D.A.T. allegata alla presente dichiarazione:
Nome: _____
Cognome:_____
Luogo e data di nascita:_____
Comune di residenza:_____
Indirizzo di residenza:_____
Recapito telefonico:_____
Indirizzo mail:_____

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.

Firma del disponente	**Firma del fiduciario**
_____	□ per accettazione □ per avvenuta consegna di copia della D.A.T. allegata alla presente dichiarazione _____
Identificato tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____	Identificato tramite _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Sassari, li _____

L'Ufficiale di Stato Civile

_____

N° Registrazione _____ del _____