



COMUNE DI SASSARI

Codice Fiscale N° 00239740905

Settore Affari Generali e Servizi al cittadino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

DISPONENTE

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 e avvenuta consegna di copia della D.A.T. allegata alla presente dichiarazione	
_____		_____	
Identificato	tramite	Identificato	tramite
_____	n.	_____	n.
_____	rilasciato da	_____	rilasciato da
_____	il	_____	il
_____		_____	

Sassari, li _____

L'Ufficiale di Stato Civile