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)

FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a_____ il _____,

Codice Fiscale |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| , residente a Sassari in Via/Piazza _____

recapito telefonico _____

e-mail _____

in qualità di **FIDUCIARIO** ai sensi della Legge 219/2017

DICHIARA

di aver personalmente ricevuto copia della Disposizione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017), depositata e annotata nel registro istituito presso l'ufficio di Stato Civile - Servizio Punto Città - del Comune di Sassari dal disponente:

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 fiduciario

per accettazione e avvenuta ricevuta di copia della D.A.T.

_____

Identificato tramite _____n. _____

rilasciato da _____ il _____

Sassari, li _____

L'Ufficiale di Stato Civile

_____

N° Registrazione _____ del _____