

Al Signor Sindaco
del Comune di Ispica

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

Il sottoscritto, _____ nato a _____ il _____,

C. F. _____, residente a Ispica in _____,

recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____,
in qualità di disponente ai sensi della Legge 219/2017

DICHIARA

di aver personalmente depositato in data odierna la busta chiusa contenente la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017), annotata nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Ispica al n.

_____ in data _____.

Lo stesso dichiara di essere capace di intendere e di volere e di nominare in qualità di eventuale fiduciario e di eventuale fiduciario supplente le seguenti persone, alle quali è stata rilasciata copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

Nome: _____
Cognome: _____
Luogo e data di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Indirizzo di residenza: _____
Recapito telefonico: _____
Indirizzo mail: _____

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.

Luogo, data e firma del disponente: _____

CAMPO DA COMPILARSI A CURA DEL FIDUCIARIO

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
C. F. _____, residente a _____ in _____,
recapito telefonico _____, indirizzo 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 Ispica al n. _____, in data _____ dal disponente _____,

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.

Luogo, data e firma del fiduciario per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

CAMPO DA COMPILARSI A CURA DAL FIDUCIARIO SUPPLENTE

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
C. F. _____, residente a _____ in _____,
recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____,
in qualità di **fiduciario supplente** 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 Ispica al n. _____, in data _____ dal disponente _____,

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.

Luogo, data e firma del fiduciario supplente per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

Parte riservata all'Ufficio

Io sottoscritto _____
ho identificato i sopra elencati dichiaranti i quali hanno sottoscritto la dichiarazione in mia
presenza, dichiarazione alla quale è stato attribuito il numero progressivo _____ riportato
anche nel Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

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

Titolare della Disposizione Anticipata di Trattamenton.....
rilasciato il da

Fiduciario n.....
rilasciato il da

Fiduciario supplente n.....
rilasciato il da

Ispica li, ____/____/_____

L'Addetto ricevente
