



COMUNE DI TORO

(PROVINCIA di CAMPOBASSO)

www.comune.toro.cb.it info@comune.toro.cb.it

SERVIZI DEMOGRAFICI

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

Il sottoscritto _____, nato a il _____, C. F. _____, residente a Toro in _____, recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____,

in qualità di disponente ai sensi della Legge 219/2017 e della Delibera di Giunta Comunale del Comune di Toro n. ____/2019,

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 della U.O. SS.DD. del Comune di Toro 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



COMUNE DI TORO

(PROVINCIA di CAMPOBASSO)

www.comune.toro.cb.it info@comune.toro.cb.it

SERVIZI DEMOGRAFICI

CAMPO DA COMPILARSI A CURA DEL FIDUCIARIO

Il sottoscritto _____, nato a il _____, C. F. _____, residente a Toro in _____, recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____,

in qualità di **fiduciario** ai sensi della Legge 219/2017 e della Delibera di Giunta Comunale del Comune di Toro n. _____/2019,

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 della U.O. SS.DD. del Comune di Toro 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:



COMUNE DI TORO

(PROVINCIA di CAMPOBASSO)

www.comune.toro.cb.it info@comune.toro.cb.it

SERVIZI DEMOGRAFICI

CAMPO DA COMPILARSI A CURA DAL FIDUCIARIO SUPPLENTE

Il sottoscritto _____, nato a il _____, C. F. _____, residente a Toro in _____, recapito telefonico _____, indirizzo e-mail _____,

in qualità di **fiduciario supplente** ai sensi della Legge 219/2017 e della Delibera di Giunta Comunale del Comune di Toro n. _____/2019,

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 della U.O. SS.DD. del Comune di Toro 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 Trattamento

.....n.....rilasciato il

da

Fiduciario n.....

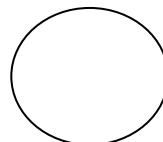
rilasciato il da

Fiduciario supplente n.....

rilasciato il da

Toro, ____/____/____

L'Addetto ricevente



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