



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità



Servizio Affari Generali – Contenzioso – Servizi Demografici

U.O. Servizi Demografici

Ufficio di Stato Civile

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_, residente a Ferrara 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 Ferrara P.G. 21495/2018,

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 Ferrara 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: \_\_\_\_\_

Firma del disponente:

\_\_\_\_\_

Firma del fiduciario per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

\_\_\_\_\_

Firma del fiduciario supplente per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

\_\_\_\_\_



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità



Servizio Affari Generali – Contenzioso – Servizi Demografici
U.O. Servizi Demografici
Ufficio di Stato Civile

I sottoscritti dichiarano, 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.

Data

Firma del disponente

Data

Firma del fiduciario

Data

Firma del fiduciario supplente

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).

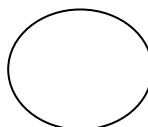
L'identificazione è avvenuta per esibizione del documento di identità:

Titolare della Disposizione Anticipata di Trattamento n. rilasciato il da ;

Fiduciario n. rilasciato il da ;

Fiduciario supplente n. rilasciato il da ;

Ferrara, / /



L' Addetto ricevente

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