

*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 Sutri 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 Sutri n. 4 del 18/1/2019

**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 del Comune di Sutri 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:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**