



CITTÀ DI SANNAZZARO DE' BURGONDI

PROVINCIA DI PAVIA



Cod. Fiscale 00409830189
Tel. 0382-995611 (centralino)
E-mail - info@comune.sannazzarodeburgondi.pv.it
Pec - protocollo.comunesannazzarodeburgondi@pec.it
Sito Internet - www.comune.sannazzarodeburgondi.pv.it

Via Cavour n° 18

C.A.P. 27039
Fax 0382-901264
Gemellato con il Comune di
Százhalombatta (Ungheria)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Il/La sottoscritto/a: _____
nato/a a: _____ il _____
C. F.: _____ residente a: _____
in Via/Piazza _____ Recapito telefonico _____
in qualità di disponente ai sensi della Legge 219/2017

DICHIARA

di aver personalmente depositato in data odierna una busta debitamente sigillata contenente la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017), annotata nel registro istituito presso il Comune di SANNAZZARO DE' BURGONDI al n. _____ in data _____.

Lo stesso è consapevole che nel momento in cui si trasferisce in altro Comune entro 60 giorni dovrà ritirare le proprie “disposizioni anticipate trattamento (DAT)” in caso contrario queste verranno distrutte.

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

FIDUCIARIO:

Nome: _____
Cognome: _____
Luogo e data di nascita: _____
Residente a: _____ in Via/Piazza: _____
Recapito telefonico: _____

SUPPLENTE:

Nome: _____
Cognome: _____
Luogo e data di nascita: _____
Residente a: _____ in Via/Piazza: _____
Recapito telefonico: _____

Sannazzaro de' Burgondi, _____

Il disponente: _____

Fiduciario per accettazione: _____

Fiduciario supplente per accettazione: _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

Dichiarazione N. _____ del _____

Sannazzaro de' Burgondi, _____

L'incaricato del comune