

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
C. F. \_\_\_\_\_, residente a Altofonte 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 Altofonte n.47 del 26/06/2018 esecutiva,

### 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  
Altofonte 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 e della Delibera di Giunta Comunale del  
Comune di Altofonte n.47 del 26/06/2018 esecutiva,

### **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 Altofonte 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 e della Delibera di Giunta Comunale  
del Comune di Altofonte n.47 del 26/06/2018 esecutiva,

### **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 Altofonte 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 .....

Altofonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'Addetto ricevente

\_\_\_\_\_

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