*Comune di* ..... *(Prov* .....*)*

# Dichiarazione Anticipata di Trattamento - Testamento biologico
# Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

**(ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445)**

***[Allegato 4]***

Dichiarazione presentata direttamente dal cittadino

Il sottoscritto/a (cognome e nome) ……..……..……..
nato/a a .....(specificare anche lo Stato, se estero)
il ...../...../..... e residente a ……..……..
in Via/Piazza ……..……..n. ……..

consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - Testamenti Biologici del Comune di ……..

**DICHIARA**

- che in data ...../...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale fiduciario il Signor ……..……..
  nato a ……..…….. il ...../...../..... residente a ……..…….. in via ……..…….. n. ……..;
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è depositata presso (indicare nome cognome luogo e data di nascita e indirizzo del depositario): ……..……..
  ……..……..
- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:
  - ☐ il medico di famiglia del dichiarante
  - ☐ i medici che avranno in cura il dichiarante
  - ☐ il fiduciario e dal supplente del fiduciario
  - ☐ il notaio che ha rogato l'atto
  - ☐ i seguenti eredi .....
    ……..……..

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di ..... al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - Testamenti Biologici del Comune di .....

Lì ....., ...../...../.....

Firma del dichiarante:

……..……..

| | |
|---|---|
| FIRMATA DAL DICHIARANTE<br>II MIA PRESENZA<br>*lì* ...../...../.....<br>L'ADDETTO<br>……..…….. | SI ALLEGA FOTOCOPIA:<br>☐ CARTA D'IDENTITÀ<br>☐ PASSAPORTO<br>☐ PATENTE<br>☐ …….. |