



Comune di MATHI
Città Metropolitana di Torino

Accettazione della nomina di fiduciario

Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'ufficio di stato civile

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il residente a
..... Via n.
cittadino/a codice fiscale
telefono e-mail

DICHIARA ED ACCETTA

di aver personalmente ricevuto copia della Disposizione Anticipata di Trattamento (D.A.T.)
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 Mathi al n. di
registrazione in data dal disponente:

Cognome e nome:

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.

Mathi,/...../.....

Firma del fiduciario:

per accettazione e avvenuta
ricevuta di copia della D.A.T.

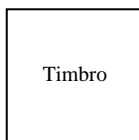
.....

Allego copia di un documento d'identità.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi
sono accertato mediante

Data



L'ufficiale dello Stato Civile

.....