

**All'Ufficio dello Stato Civile del Comune di FELINO**

**OGGETTO: ISTANZA DI DEPOSITO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT).**

(ART. 4, COMMA 6, DELLA LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

quale "disponente"

**CHIEDE**

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) ai sensi della legge n. 219/2017, e a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- Di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- Di essere residente nel Comune di FELINO;
- Di aver nominato quale fiduciario il/la Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

codice Fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

- Di aver nominato quale fiduciario supplente\* il/la Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

codice Fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

- Di NON aver nominato nessun fiduciario.\*
  
- Di aver consegnato una copia della DAT al suddetto fiduciario  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ \*
- Che il suddetto fiduciario ha sottoscritto la DAT che viene consegnata a codesto Comune\*;
- Che il suddetto fiduciario ha accettato la nomina come da modulo qui allegato firmato dal fiduciario stesso\*;
- Di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- Di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovate, modificate o revocate in qualsiasi momento con le medesime modalità indicate nella legge n. 219/2017;
- Di essere informato che, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono necessari ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

#### ALLEGA

- 1) Le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) in busta chiusa;
- 2) Fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità;
- 3) Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

FELINO, lì \_\_\_\_\_

Firma del disponente

\_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

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

FELINO, \_\_\_\_\_

L'Ufficiale dello Stato Civile