



# COMUNE DI PAGNACCO

PROVINCIA DI UDINE  
UFFICIO DI STATO CIVILE

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Esente da bollo ai sensi dell'art.37 del D.P.R. 445/2000 e dell'art.4 della L. 219/2017

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a Pagnacco (UD) in via .....  
..... n. ....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....  
PEC .....  
in qualità di disponente ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n.219 e della deliberazione della  
Giunta Comunale n. 39 d'ord. del 21/03/2018;

### DICHIARA

Di aver personalmente depositato in data odierna la busta chiusa contenente la Disposizione  
Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari, annotata nel registro istituito  
presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Pagnacco 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:

1) Cognome e nome .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... provincia .....  
in via ..... n. ....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....  
PEC .....

2) Cognome e nome .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... provincia .....  
in via ..... n. ....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....  
PEC .....

IL DISPONENTE (*nome e cognome*).....

1) IL FIDUCIARIO (*nome e cognome*) per accettazione e avvenuta consegna di copia della DAT  
allegata alla presente dichiarazione.....

2) IL FIDUCIARIO SUPPLENTE (nome e cognome) per accettazione e avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione.....

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che, in base a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003, i propri dati verranno trattati solo ed esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data ..... Firma del disponente .....

Data ..... Firma del fiduciario .....

Data ..... Firma del fiduciario supplente .....

.....  
*Parte riservata all'Ufficio di Stato Civile*

Io sottoscritto .....  
in qualità di .....  
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.....  
rilasciata da ..... il .....

Fiduciario ..... n.....  
rilasciata da ..... il .....

Fiduciario supplente ..... n.....  
rilasciata da ..... il .....

Pagnacco, .....

L'addetto ricevente

.....