



COMUNE DI PAGNACCO

PROVINCIA DI UDINE
UFFICIO DI STATO CIVILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 46 e 47 D.PR. 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 fiduciario ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n.219 della deliberazione della
Giunta Comunale n. 39 d'ord. del 21/03/2018;

DICHIARA

di aver personalmente ricevuto copia della Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in
materia di trattamenti sanitari, depositata in busta chiusa, annotata nel registro istituito presso
l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Pagnacco al n.
in data dal disponente:

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

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

Il sottoscritto dichiara, 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 fiduciario

.....

.....

.....

Parte riservata all'Ufficio di Stato Civile

Io sottoscritto
in qualità di
ho identificato il sopra elencato dichiarante il quale ha 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:

Fiduciarion.....
rilasciata da il

Pagnacco,

L'addetto ricevente

.....