

All'Ufficiale di Stato Civile
del Comune di Villaputzu

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO (DAT)
RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
Codice Fiscale _____ residente in VILLAPUTZU
Via/Piazza _____ n. _____
telefono1 _____ telefono2 _____
email _____

CHIEDE

L'iscrizione nel registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento relative ai trattamenti sanitari e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Nomino i seguenti **FIDUCIARI che sono autorizzati a richiedere la busta contenente la mia disposizione e che hanno sottoscritto la dichiarazione per accettazione:**

1) Cognome e Nome _____
nato a _____ il _____ residente
a _____ via _____
codice fiscale _____ recapito telefonico 1 _____
recapito telefonico 2 _____ indirizzo e-mail _____

2) Cognome e Nome _____
nato a _____ il _____ residente
a _____ via _____
codice fiscale _____ recapito telefonico 1 _____
recapito telefonico 2 _____ indirizzo e-mail _____

Allega alla presente:

- **il documento sopracitato;**
- **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità.**

- E' consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.

- E' consapevole che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza.

Villaputzu, _____

Il/La richiedente

SULLA busta contenente la DAT DEVONO ESSERE RIPORTATI :

- **la dicitura "DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO** di (nome e cognome, luogo e data di nascita del dichiarante);
- **i dati del fiduciario: nome cognome data e luogo di nascita e residenza**

RISERVATO ALL'UFFICIO

N. _____ **del** _____ **da riportarsi sul registro comunale delle DAT.**

Data _____

L'incaricato del Comune
