

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/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente a Tavagnacco (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 “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”;

DICHIARA

- di aver personalmente depositato in data odierna la **busta chiusa** contenente la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari **riferita al sottoscritto/a**, acquisita al protocollo dell'Ente al n. del, la quale è corredata da una fotocopia del documento di identità in corso di validità;

- (*eventualmente*) che nella DAT suddetta ha provveduto a nominare quale **fiduciario** il/la sig./sig.ra
nato/a a il
residente a in via
..... n.
codice fiscale
recapito telefonico
indirizzo e-mail
PEC

- (*eventualmente*) che nella DAT suddetta ha provveduto a nominare quale **sostituto del fiduciario** il/la sig./sig.ra
nato/a a il
residente a in via
..... n.
codice fiscale
recapito telefonico
indirizzo e-mail
PEC

Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di trasferimento della propria residenza presso un altro Comune è onere del sottoscritto rinnovare la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) presso lo stesso.

Data

.....

Firma del disponente

.....