

**RICHIESTA DI DEPOSITO E ISCRIZIONE NEL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI  
ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO (DAT)**

All' Ufficiale dello Stato Civile  
Comune di Pieve a Nievole

Io sottoscritt...  
nat... a ..... Provincia ..... il .....|.....|.....  
residente a Pieve a Nievole, e-mail .....  
Telefono ..... Cellulare .....

ai sensi dell' art. 4, comma 6, Legge 22 dicembre 2017, n. 219 " *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*"

**1- CHIEDO** l' iscrizione nel Registro comunale delle DAT e la conservazione, presso il competente ufficio, dell' allegata **Dichiarazione Anticipata di Trattamento** contenente le mie volontà sui trattamenti sanitari.

**2- DICHIARO**

- di aver indicato quale fiduciario: (*cognome*) ..... (*nome*) ..... nato a ..... il .....|.....|... residente in ..... ;
- di non aver presentato Disposizioni Anticipate di Trattamento presso altri soggetti, pubblici o privati;
- di essere informat..., ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196/2003 (*codice in materia di protezione dei dati personali*) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione è resa.

Pieve a Nievole, lì ..... | ..... | .....

**IL DISPONENTE**

.....  
(*firma*)

**COMUNE DI PIEVE A NIEVOLE (PT) – UFFICIO DELLO STATO CIVILE**

**N. .... data ..... REGISTRO COMUNALE DAT**

Attesto che la persona sopra generalizzata, qui residente e da me identificata tramite (*tipo e numero documento*)

..... n. ....

rilasciato da ..... , in corso di validità, in data odierna mi ha personalmente consegnato le proprie disposizioni in materia di trattamento sanitario.

Pieve a Nievole, ..... | ..... | .....

**L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE**