

COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ
CITTA' METROPOLITANA DI TORINO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ACCETTAZIONE FIDUCIARIO

(Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Art. 47 DPR 445/2000)

Nr. progressivo del registro: _____

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a aProv.....il.....
residente a Via..... nr.
codice fiscale..... recapito telefonico.....
indirizzo e/mail.....

agli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato sotto la propria personale responsabilità;

D I C H I A R A

- di aver accettato la nomina di fiduciario nella Dichiarazione Anticipata di Trattamenti sanitari redatta dal Sig./Sig.ra.....;
- di aver personalmente ricevuto copia della Dichiarazione Anticipata di Trattamenti sanitari, depositata in busta chiusa, annotata nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Sant'Antonino di Susa al nr. _____ in data _____ dal disponente:
Cognome e nome
nato/a aProv.....il.....
residente a Via..... nr.
codice fiscale..... recapito telefonico.....
indirizzo e/mail.....
- di essere consapevole che, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE n. 679/2016 il trattamento delle informazioni sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti.

Sant'Antonino di Susa, lì.....

Il dichiarante.....
(firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)

parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal sig./sig.ra.....
di fronte all'impiegato addetto previa identificazione con documento.....n.....
rilasciato il.....da.....

Sant'Antonino di Susa, lì.....

Timbro e firma dell'impiegato