

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 21, 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)Nato/a il _____ a _____
(comune di nascita) (provincia)Residente a _____, _____ n. _____
(via/piazza)

CF _____, telefono _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, come richiamato dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria penale responsabilità

DICHIARA

- che in data _____ è stato/a nominato/a quale **RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO/A**

da parte di _____
(cognome e nome)nato/a il _____ a _____
(comune di nascita) (provincia)residente a QUINTO DI TREVISO _____ n. _____
(via/piazza)

CF _____ telefono _____

in relazione alle DAT – dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario che il/la predetto/a intende depositare presso il Comune di Quinto di Treviso;

- di aver accettato l'incarico di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nelle dichiarazioni DAT che i/la predetto/a intende depositare presso il competente ufficio comunale, in caso di perdita della capacità di decidere o di comunicare le proprie decisioni da parte di quest'ultimo/a;
- di essere a conoscenza della possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) da parte del soggetto che lo ha delegato e della possibilità di revoca dei fiduciari sia da parte del delegante che da parte dei fiduciari stessi;
- di prendere atto che il Comune di Quinto di Treviso, titolare del trattamento dei dati, utilizzerà i dati personali forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in oggetto, avente finalità istituzionale (D. Lgs. 30.6.2003 n. 196).

Il /La Dichiarante

Quinto di Treviso, _____

Allegato: copia documento di identità