

Comune di .....

Provincia di .....

## Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. .... del ..../..../.....

[Allegato 2 alla deliberazione del Consiglio Comunale ..... del ..../..../.....]

### Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive (Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

N. ....	In data ..../..../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
Notaio rogante la DAT (eventuale)	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
.....	
Annotazioni, modifiche e revoche	
.....	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....