

**COMUNE DI VIVERONE**

Via Umberto I° n.107 – 13886 – VIVERONE (BI)  
Tel. 0161.987021 – 0161.98497 – Fax 0161.987498  
E-mail: viverone@ptb.provincia.biella.it – PEC: tributi.viverone@pec.ptbiellese.it  
Sito: www.comune.viverone.bi.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

C. F. \_\_\_\_\_,

residente a Viverone in \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_, in qualità

di disponente ai sensi della Legge 219/2017

**DICHIARA**

di aver personalmente depositato in data odierna la busta chiusa contenente la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017), annotata nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile di questo Comune al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Lo stesso dichiara di essere capace di intendere e di volere e di nominare in qualità di eventuale fiduciario e di eventuale fiduciario supplente le seguenti persone, alle quali è stata rilasciata copia della DAT allegata alla presente dichiarazione:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune ed indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune ed indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

**Firma del Disponente**

\_\_\_\_\_

**Firma del fiduciario** per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT

\_\_\_\_\_

**Firma del fiduciario supplente** per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT

\_\_\_\_\_

*I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che, in base a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), i propri dati verranno trattati solo ed esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.*

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma del disponente**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma del fiduciario**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma del fiduciario supplente**

\_\_\_\_\_

---

**Parte riservata all'Ufficio**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

ho identificato i sopra elencati dichiaranti i quali hanno sottoscritto la dichiarazione in mia presenza, **dichiarazione alla quale è stato attribuito il numero progressivo** \_\_\_\_\_  
riportato anche nel Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

L'identificazione è avvenuta per esibizione del documento di identità:

Titolare della Disposizione Anticipata di Trattamento .....n.....  
rilasciato il ..... da .....

Fiduciario ..... n.....  
rilasciato il ..... da .....

Fiduciario supplente ..... n.....  
rilasciato il ..... da .....

Viverone, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'Addetto ricevente

\_\_\_\_\_