

AL COMUNE DI
AREA AMMINISTRATIVA/DEMOGRAFICA
SAN VITO AL TAGLIAMENTO

..l. sottoscritto/a (cognome e nome)..... sesso F/M, nato/a
a..... il
....., residente a San Vito al Tagliamento in
Via/Piazza..... n. Tel.....

Avvalendomi di quanto disposto dal Comune di San Vito al Tagliamento in merito alla tenuta del registro delle dichiarazioni di volontà anticipata per i trattamenti sanitari,

DICHIARO

Di consegnare, unitamente alla presente, la mia Dichiarazione anticipata per i trattamenti sanitari, insieme al documento di riconoscimento, entrambi inseriti in una busta chiusa.

Dichiaro inoltre che la dichiarazione anticipata per i trattamenti sanitari conservata dal Comune di San Vito al Tagliamento potrà essere ritirata dalle seguenti persone:

- dal sottoscritto dichiarante
- dal medico di famiglia,
- dai medici che mi avranno in cura,
- dal fiduciario sig., nato ail
..... residente in
- dal supplente del fiduciario sig....., nato a
.....il residente in

Di essere a conoscenza che in caso di cancellazione anagrafica per emigrazione, irreperibilità o decesso, consegnerà la cancellazione automatica dei dati dal registro con la conseguente distruzione del plico.

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti.

San Vito al Tagliamento, li _____

Firma del dichiarante: _____

Estremi del Documento _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA DEI TRATTAMENTI SANITARI E RIPORTATA SUL REGISTRO COMUNALE:

N. _____ del _____