

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
interessato**

(art. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

**Iscrizione al Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di
volontà relative ai trattamenti sanitari - Testamento Biologico**

Io sottoscritto/a

Nato/a a il

Attualmente residente nel Comune di Sillano Giuncugnano

in Via/Piazza.....

Recapito telefonico Email

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità ai sensi e agli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

Di *consegnare* il mio testamento biologico in busta chiusa al Comune di Sillano Giuncugnano e di averlo redatto in triplice copia: una che consegno in busta chiusa al Comune di Sillano Giuncugnano, una che rimane a me e l'altra che verrà conservata dal mio **fiduciario**

Sig./Sig.ra.....

Nato/a a il

Attualmente residente nel Comune di in Via/Piazza

Eventuale secondo fiduciario: Sig./Sig.ra

Nato/a a il

Attualmente residente nel Comune di in Via/Piazza

Di aver inserito nella busta, insieme al testamento biologico, copia del mio valido documento di identità

Di non aver depositato presso altri soggetti pubblici o privati altro testamento biologico

Di essere a conoscenza che il ritiro della busta può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario soprariportato

Di autorizzare il Comune di Sillano Giuncugnano a comunicare esclusivamente i dati contenuti nel registro al/i fiduciario/i o ai seguenti soggetti:

.....

.....

Di essere consapevole che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 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

Sillano Giuncugnano, li

Il dichiarante:

(firma da apporre alla presenza del funzionario comunale)

Parte riservata all'ufficio

**NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL
REGISTRO COMUNALE: N°** del _____

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra.....
di fronte al funzionario del Comune di Sillano Giuncugnano, previa identificazione a mezzo:

Sillano Giuncugnano, li.....

Firma e timbro del funzionario

.....