



COMUNE DI QUATTRO CASTELLA  
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



N. \_\_\_\_\_ progressivo di Registro. in data \_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**

Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver compilato e sottoscritto, in numero \_\_\_\_\_ originali, la dichiarazione di volontà anticipata per i trattamenti sanitari utilizzando il modello predisposto dal Comune di Quattro Castella registrata in data \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dell'apposito Registro istituito con deliberazione di Giunta Comunale n. 9 del 11/02/2010.

Che ognuno degli originali, unitamente alle fotocopie dei documenti di identità del sottoscritto, del fiduciario e del fiduciario supplente (se nominato), è stato inserito in una apposita busta, riportante all'esterno il numero e la data di registro. Successivamente le buste sono state chiuse e sigillate in presenza del dipendente incaricato dal Comune di Quattro Castella e consegnate una al sottoscritto, una al Fiduciario ed una al Supplente (se nominato).

**Di aver nominato FIDUCIARIO**

(cognome e nome). \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Di aver nominato FIDUCIARIO SUPPLENTE**

(cognome e nome). \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

il Sig. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Che il proprio medico curante è \_\_\_\_\_**

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa**

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile  
\_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.  
L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 11, comma 1, D.P.R. 403/98)

Sottoscritta in mia presenza, dal dichiarante riconosciuto mediante esibizione di valido documento

Quattro Castella li \_\_\_\_\_

Il Dipendente addetto  
\_\_\_\_\_