*Comune di* ...............................................................

*Provincia di .......................................*

|  |
| --- |
| **Istanza per l’acquisizione di dati contenuti  nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)**  **Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n.** *…………* **del** ....../....../............ |

*Lì,* ....../....../............

All’ufficiale dello stato civile responsabile della tenuta del registro comunale del Comune di:

………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a ……………………………… nato/a a …………………………………… il ....../....../............, residente nel comune di …………………………………… in via ……………………………..………….………… (tel. ………………………………………………………),

in qualità di:

❑ medesimo interessato

❑ medico di famiglia del dichiarante

❑ medico curante del dichiarante

❑ fiduciario/a

❑ notaio che ha rogato l'atto

❑ erede

**chiede:**

❑ **Di poter acquisire copia semplice della istanza di registrazione**

❑ **Di poter acquisire copia delle DAT**

a nome di:

………………………………………………………………………………….……………………………...……………

**per i seguenti motivi** …………………………………………………………………………………………………....

………………...……………………………………………………………………………………………………………

………………...……………………………………………………………………………………………………………

………………...……………………………………………………………………………………………………………

**In fede**

.………………………………………………

Allego copia di un documento di identità.