

Città di Bra  
Protocollo Riservato n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_

ALLEGATO B – DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE  
RIPARTIZIONE DEMOGRAFICA N. 2/2018

**All' Ufficio dello Stato Civile  
del Comune di 12042 – BRA (CN)**

N.B.: Le indicazioni o i documenti sotto contrassegnati con un asterisco \* sono facoltativi. Tutto il resto va compilato o presentato obbligatoriamente. La DAT non deve contenere disposizioni post mortem

**Oggetto: Art. 4, legge n. 219 del 22 dicembre 2017 – Richiesta consegna DAT**

Il/La sottoscritto/a :

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

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Bra, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Di nazionalità \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

\*e-mail \_\_\_\_\_ \*Pec \_\_\_\_\_ \* Fax \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI DISPONENTE**

**Chiede di consegnare le proprie disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

**DICHIARA**

a tal fine di essere:

- persona maggiorenne capace di intendere e di volere;
- residente in BRA;
- che nelle DAT allegate:

non è indicato Fiduciario o non se ne vogliono indicare le generalità al di fuori delle DAT stesse  
oppure

è indicata come fiduciario la seguente persona:

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

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e/o mail oppure PEC \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

che ha accettato mediante:

- sottoscrizione delle DAT
- atto a parte allegato alle DAT

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

- 1) Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) firmate autograficamente in originale
- 2) Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e del fiduciario
  - \*Fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità proprio e del fiduciario
  - \*Copia delle DAT da restituire vidimata

Il/La richiedente

SPAZIO PER IL TIMBRO DI RICEVUTA DA APPORRE SULL'ORIGINALE E SULLA COPIA DELLA PRESENTE  
(OPPURE DELLE DAT) RESTITUITA AL RICHIEDENTE: