

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.

