

Fax simile del DICHIARANTE

## Comune di Lecco

N. Registrazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(parte a cura dell'ufficio)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

### ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI

**A ) Parte da sottoscrivere, alla presenza del funzionario del Comune di LECCO da parte dell'intestatario della dichiarazione**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a **LECCO** in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ documento d'identità n. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**agli effetti Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la sua responsabilità**

DICHIARA

di aver redatto dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari

di averla oltre si depositata presso \_\_\_\_\_

di individuare come Fiduciario \_\_\_\_\_

-----  
E il Fiduciario supplente \_\_\_\_\_

di essere consapevole che, ai sensi del D. lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti;

di essere a conoscenza delle modalità per revocare o variare la propria dichiarazione di volontà anticipata relativa ai trattamenti sanitari e che il suo ritiro può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario;

Lecco -----il Dichiarante \_\_\_\_\_

(Firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)