

**Marca
da bollo**

**DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (A CURA DEL TESTATORE)**
(Ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR 28.12.2000, N. 445)

IO SOTTOSCRITTO/A

Nome _____

Cognome _____

Luogo di Nascita _____

Data nascita _____

Residente a _____

Via/Piazza _____

Documento di identità _____

Tel. _____

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI E IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA DISPONGO
QUANTO SEGUE:**

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

• Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti SÌ NO

NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO IL SIGNORE/LA SIGNORA:

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

tel. _____

Opzionale

NOMINO IN QUALITA' DI SUPPLENTE DEL FIDUCIARIO IL SIGNORE/LA SIGNORA

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Residente a _____ Via/Piazza _____

tel. _____

NONANTOLA , li _____

Firma del Sottoscrittore

COMUNE DI NONANTOLA

Autenticazione della sottoscrizione (art. 21 D.P.R. 445/2000)

Attesto che il Sig. _____ **Nato a** _____ **il** _____

Residente in _____ **Via** _____ **n.** _____

Identificato mediante _____

ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.

Data _____ **Il funzionario incaricato**