



COMUNE DI QUATTRO CASTELLA
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



Al Dichiarante

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTA REGISTRAZIONE DELLA
DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTI SANITARI**

Il sottoscritto _____ funzionario/dipendente comunale incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro delle dichiarazioni anticipate di trattamenti sanitari istituito con deliberazione di Giunta Comunale n. 9 del 11/02/2010

ATTESTO che:

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

residente a _____ Provincia

_____ in via/piazza _____ n. _____

ricosciuto mediante esibizione di valido documento, in data _____ ha registrato al n. _____ la propria Dichiarazione anticipata di trattamenti sanitari, consegnandola in busta chiusa al FIDUCIARIO

(cognome e nome). _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

e ad FIDUCIARIO SUPPLENTE

(cognome e nome). _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

la presente attestazione verrà trasmessa in copia a:

- **medico curante**
- **AUSL competente per territorio**
- **Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali**
- **Assessorato regionale alla sanità.**

Quattro Castella li _____

Il Funzionario/Dipendente incaricato

Timbro e firma