*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.