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:

- θ medesimo interessato
- θ medico di famiglia del dichiarante
- θ medico curante del dichiarante
- θ fiduciario/a
- θ notaio che ha rogato l'atto
- θ erede

chiede:

- θ **Di poter acquisire copia semplice della istanza di registrazione**
- θ **Di poter acquisire copia delle DAT**

a nome di:

……..……

per i seguenti motivi ……....

……...……

……...……

……...……

In fede

……

Allego copia di un documento di identità.