



# CITTÀ DI RIVOLI

Corso Francia 98 - 10098 Rivoli (TO) - tel. 011.9513300 - fax 011.9513399  
comune.rivoli.to@legalmail.it  
P.IVA 00529840019

Attestazione n. .... / .....

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

Il/La sottoscritto/a.....  
Nato/a.....  
Il .....  
Residente in Rivoli Via/Piazza .....  
(recapito telefonico.....)

Ai fini dell'iscrizione nominativa nel Registro Comunale di Raccolta delle attestazioni di deposito delle dichiarazioni anticipate relative ai trattamenti sanitari (Testamenti Biologici) e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di aver depositato una dichiarazione anticipata di trattamento sanitario (Testamenti Biologici) presso il Comune di Rivoli;
- di averla consegnata in data ..... al Notaio .....  
con studio in.....Via/Piazza.....;
- di averla consegnata al/lla Sig./a ..... , residente a.....,  
Via/Piazza .....
- di aver nominato proprio fiduciario il/la Sig./a ..... nato/a a .....  
Il..... e residente in .....Via/Piazza, .....tel.  
..... e quale fiduciario supplente il/la Sig./a ..... nato/a a  
..... e residente in ..... Via/Piazza .....tel. .... ;

Il Dichiarante

.....  
Rivoli, li .....

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante.....

Rivoli, li .....

Il Funzionario incaricato

.....