

DOMANDA DI RITIRO DELLA BUSTA RELATIVA ALLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA  
DI TRATTAMENTO (Dat)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

CHIEDE

Il ritiro della busta depositata presso questo Ente e registrata nel Registro comunale delle  
Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), relativa a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

in quanto:

- diretto/a interessato/a e depositario/a della busta;
- fiduciario/a;
- fiduciario/a supplente.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che il ritiro della busta comporta l'immediata can-  
cellazione dal Registro comunale dei testamenti biologici.

Si allega la fotocopia di un documento d'identità personale

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma