

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.

