



**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE
DEI TESTAMENTI BIOLOGICI**

AUTOCERTIFICAZIONE del DISPONENTE

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....prov.....il.....
residente a.....in.....
codice fiscale.....
recapito telefonico.....
indirizzo e mail.....

Agli effetti dell'art. 47 del DPR 28.12.2000 n° 445, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

- di consegnare il proprio testamento biologico in busta chiusa al Comune di Napoli
- di aver inserito nella busta, insieme al testamento biologico, copia del proprio documento di identità

e copia del documento di identità del proprio FIDUCIARIO sig.....;

- di essere consapevole che, ai sensi del D.lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti;
- di essere a conoscenza delle modalità per revocare o variare il proprio testamento biologico e che il suo ritiro può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario di cui sopra.

di acconsentire all'invio di copia elettronica del proprio testamento biologico al registro nazionale delle DAT

di non acconsentire all'invio di copia elettronica del proprio testamento biologico al registro nazionale DAT

Napoli, li

Il testatore

*(la firma qui apposta dev'essere assolutamente conforme a quella .
da apporsi in presenza dell'impiegato, nel registro comunale DAT)*

Il/la sottoscritta DISPONENTE Sig./Sig.ra.....
dichiara che il proprio documento d'identità è N°.....
rilasciato in data dal..... che, in
fotocopia, si inserisce in uno alla presente nella busta chiusa insieme al proprio testamento biologico, a conferma e
a suffragio dell'autenticità e veridicità della dichiarazione medesima