

CONSENSO DI TRASMISSIONE DELLE D.A.T. AL MINISTERO DELLA SALUTE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Bedizzole in via _____

con la presente

DICHIARO

di dare il mio **CONSENSO** a che copia delle mie Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.), depositata al Comune di Mazzano in data _____ venga trasmessa dal Comune di Mazzano alla Banca Dati Nazionale del Ministero della Salute.

Luogo _____, data _____

FIRMA
