



**Comune di Modena**

Servizi Demografici

**VERBALE DI CONSEGNA DI COPIA AUTENTICA DELLA  
DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTA' RELATIVA AI  
TRATTAMENTI SANITARI**

In data .....presso i Servizi Demografici si è presentato il/la  
signor/a.....  
in qualità di .....  
per ottenere il rilascio di copia conforme all'originale della dichiarazione di  
volontà del/della signor/a .....  
.....  
iscritto/a nell'apposito registro al n.....in data  
.....

Dopo aver verificato la legittimità della richiesta, provvedo a consegnare la  
dichiarazione anticipata di volontà relativa ai trattamenti sanitari del Sig. /ra  
....., estraendola dalla busta  
che con il richiedente constatato integra in ogni sua parte.

Al presente verbale sono allegati i seguenti documenti presentati dal richiedente,  
attestanti la legittimità della richiesta:

.....  
.....

Modena il.....

L'incaricato comunale  
.....

Firma del richiedente.....  
Identificato con .....

IN BOLLO



**Comune di Modena**

Servizi Demografici

**ATTESTAZIONE  
DI ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI  
ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI**

Preso visione degli atti d'ufficio,

**SI ATTESTA**

che il Sig./ra .....nato/a a.....il  
.....ha depositato presso questo ufficio, in busta chiusa, la propria  
dichiarazione anticipata di volontà relativa ai trattamenti sanitari ed è iscritto  
nell'apposito registro al numero .....del ...(data di iscrizione).....

Ha depositato oltre alla prima , anche successive dichiarazioni modificative della  
precedente  
in data .....n.....  
in data..... n.....

Il responsabile del procedimento di tenuta del registro e della conservazione delle  
buste relative alle dichiarazioni è il dirigente del Settore Sistemi Informativi e  
Servizi Demografici, arch. Castelli Giorgio

Modena, li .....

L'incaricato del Comune  
.....



**Comune di Modena**

**Servizi Demografici**

**VERBALE DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DELLE  
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI  
TRATTAMENTI SANITARI PER REVOCA DELL'INTERESSATO**

In data .....presso i Servizi Demografici si è presentato il/la signor.....per chiedere la cancellazione dal registro e la restituzione della busta contenente la sua dichiarazione anticipata di volontà relativa ai trattamenti sanitari.

Pertanto in data odierna ho provveduto alla cancellazione dal registro e alla restituzione della busta contenete la dichiarazione anticipata di volontà .

Ho comunicato al dichiarante che la revoca dell'iscrizione al registro non comporta alcun obbligo per il Comune di comunicazione ai fiduciari. Tale adempimento è a carico e a discrezione del dichiarante stesso .

Modena il.....

L'incaricato comunale  
.....

Il dichiarante per presa visione

.....

Identificato con .....

**MODIFICA ALLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTA'  
RELATIVA AI TRATTAMENTI SANITARI**

In data .....presso i Servizi Demografici si è presentato il/la signor.....già iscritto/a al registro delle dichiarazioni al n.....in data.....al fine di depositare altra dichiarazione in busta chiusa di modifica della precedente, perché sia registrata e conservata.

Lo stesso dichiarante conferma i fiduciari designati in sede di prima iscrizione nel registro.

Modena il.....

L'incaricato comunale

.....

Il dichiarante .....

Identificato con

.....



**Comune di Modena**

**Servizi Demografici**

**VERBALE DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DELLE  
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI  
TRATTAMENTI SANITARI DI UN FIDUCIARIO**

In data.....presso i Servizi Demografici si è presentato/a il/la  
signor..... designato fiduciario dal  
Sig./ra ..... iscritto al n..... del  
registro..... del ..... chiedendo la cancellazione da tale  
registro .

Avendo il richiedente presentato istanza di cancellazione controfirmata dal  
dichiarante ho proceduto alla cancellazione.

Data.....

L'Incaricato comunale

.....

Il dichiarante .....

Identificato mediante .....