

COMUNE DI SALA CONSILINA

PROVINCIA DI SALERNO

**REGISTRO**  
**DEI TESTAMENTI BIOLOGICI**  
*(dichiarazioni anticipate di trattamento)*

.....

.....

N. D.	Data di presentazione	TESTATORE (nome, cognome, luogo e data di nascita)	FIDUCIARIO (nome, cognome, luogo e data di nascita)
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....

FIDUCIARIO SUPPLENTE (nome, cognome, luogo e data di nascita)	Data di ritiro	<i>ANNOTAZIONI</i>
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....
..... .....	.....	..... .....