

Al comune di
Servizio Demografico ed ausiliario

Intestatario

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

☐ di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di _____ e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

☐ di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

☐ che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;

☐ di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

☐ di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

Firma **intestatario** _____

Firma **fiduciario** _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

registrazione n° _____ data _____

_____ Timbro e firma _____

Al comune di
Servizio Demografico ed ausiliario

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

affermo solennemente

☐ con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

☐ prevedo la **nomina di un fiduciario**, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

☐ pertanto **delego come mio fiduciario:**

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

☐ **che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;**

dichiaro

☐ di esprimere la seguente **volontà** in merito ai trattamenti sanitari:

☐ di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

acconsento

☐ espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

☐ a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di **San Giovanni**;

San Giovanni, _____

Firma **fiduciario** _____

Firma **intestatario** _____

Importante!

La legge ti permette di fare la DAT anche senza nominare il fiduciario. In questo caso sarà il Giudice Tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (capo I del titolo XII del libro I del codice civile).

Al comune di
Servizio Demografico ed ausiliario**Fiduciario****Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.**
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

☐ di aver **accettato la nomina di fiduciario** nella Dichiarazione Anticipata al Trattamento (DAT) redatta dall'intestatario di seguito indicato: _____

☐ di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella di tutela del diritto alla riservatezza;

☐ di essere a conoscenza che il ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

" _____

Firma **fiduciario** _____Firma **intestatario** _____-----
*Parte riservata all'ufficio***Identificazione del fiduciario**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

registrazione n° _____ data _____

_____, _____ Timbro e firma _____