

## **Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

1/\_\_\_\_ sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso M  F

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) (specificare anche lo Stato, se estero) il \_\_\_\_\_, attualmente residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

### **D I C H I A R A**

- 1)  di consegnare la propria disposizione anticipata di trattamento (di seguito DAT), contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- 2)  che il nominativo del soggetto fiduciario delegato, che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

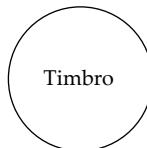
- 3)  che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 2) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell'impossibilità di adempiere, è il seguente:

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

- 4)  di aver consegnato al  fiduciario -  fiduciario supplente una copia della DAT;
- 5)  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;
- 6)  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 7)  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;

- 8)  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;
- 9)  Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione Comunale, approvato con Deliberazione della Giunta Comunale n. \_\_\_, dell'11/06/2019;
- 10)  Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ e del Fiduciario supplente, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 11)  di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Tadasuni \_\_\_\_\_



**IL DICHIARANTE**

.....  
(firma per esteso leggibile)

*Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:*

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato,  
mediante presentazione di valido documento di identità \_\_\_\_\_

Tadasuni \_\_\_\_\_

.....  
Visto: il Funzionario ricevente