

COMUNE DI .....

PROVINCIA DI .....

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

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

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso M  F

nato/a a .....

(specificare anche lo Stato, se estero) il .....

attualmente residente a ....., in

Via ..... n. ....

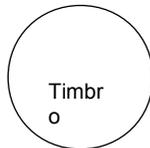
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

- 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:  
.....  
.....
- 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:  
.....  
.....
- 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;
- 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, se nominato, 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.

....., li .....  
(luogo e data)



**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 .....

....., li .....

.....  
Visto: il Funzionario ricevente