

## Domanda di iscrizione nel Registro Comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

(art.4, Legge 22 dicembre 2017, n.219 – Deliberazione n.34/2018 della Giunta Comunale)

Il/La sottoscritto/a , Sesso  M -  F,

nato/a il  a

CF , attualmente residente a MEDICINA

in VIA  N.

- Telefono:

- Email:

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 personalmente la propria Disposizione Anticipata di Trattamento (di seguito indicata come "DAT"), recante firma autografa, 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)  FIDUCIARIO: 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)  FIDUCIARIO SUPPLENTE: 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 autorizzato i seguenti soggetti ad accedere al Registro ed alla documentazione eventualmente allegata (indicare le generalità: cognome, nome, ecc...):
- 
- 
- 10)  di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Medicina,

IL DICHIARANTE

.....  
(firma per esteso leggibile)

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI STATO CIVILE  
RICEVUTA CONSEGNA DAT ED ISCRIZIONE NEL REGISTRO COMUNALE DAT**

**Numero progressivo assegnato nel Registro Comunale DAT:**

**N. .... del .....**

Modalità di riconoscimento del dichiarante:

- Carta d'identità N.
- Patente N.
- Conoscenza diretta oppure \_\_\_\_\_

Medicina, \_\_\_\_\_

L'Ufficiale di Stato Civile

\_\_\_\_\_