

## Dichiarazione anticipata di trattamento - DAT

All'Ufficiale dello Stato Civile

del Comune di \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

Vista la Legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”;

**DISPONGO QUANTO SEGUE**

**Scelta per i trattamenti sanitari:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Avvalendomi della facoltà di nominare un fiduciario (art. 4 Legge 219/2017),

Allo scopo di attuare le volontà espresse nella presente dichiarazione e di rappresentarmi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie,

### NOMINO COME FIDUCIARIO/A

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione di volontà, che annulla le precedenti.**

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data .....**

**Firma del disponente .....**

**PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A**

Io sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

**ACCETTO**

la suddetta nomina come fiduciario/a e mi impegno a garantire le volontà espresse dal disponente nel presente documento, consapevole che l'incarico a me affidato può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente senza obbligo di motivazione. Dichiaro altresì di essere consapevole che posso rinunciare alla presente nomina con successivo atto scritto da comunicare al disponente.

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** .....

**Firma del fiduciario** .....