

Oggetto: **ISTANZA CONSEGNA DAT (Dichiarazione Anticipata di Trattamento)**

All'Ufficiale dello stato civile del Comune di:

.....

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il/...../.....,

residente nel comune di

in via n.

Telef. /cell. e- mail:

in qualità di **DISPONENTE**

CHIEDE

di consegnare presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, con le quali ha espresso le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente nel Comune di
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

(Barrare l'ipotesi che ricorre)

che nelle DAT è prevista la nomina del fiduciario nella persona di
nome e cognome.....
nato/a a il/...../.....,
residente nel comune di via n.

e che le DAT consegnate recano la firma anche dello stesso ovvero
 NON recano la firma dello stesso;

di aver consegnato al fiduciario una copia delle 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 bisogno di motivazione;
- nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;
- il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto. Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.

che nelle DAT non è prevista la nomina del fiduciario;

- che, oltre al sottoscritto e al fiduciario (se nominato), le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti: *(specificare con generalità complete)*
-
-
-
- (medico di famiglia del disponente, medico curante del disponente, notaio che ha rogato l'atto o erede)*

Dichiara, infine, di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la cancellazione dal registro della propria posizione e di ritirare le DAT previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016 679, in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- IL DOCUMENTO** sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;
- BUSTA sigillata** contenente il documento sopracitato (DAT);
- 2. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**

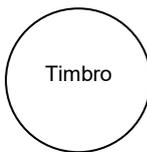
Data Firma del disponente

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Comune di (.....)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante.....

Data



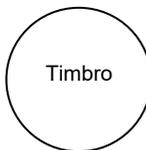
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Comune di (.....)

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a sono state registrate in data odierna al n dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune.

Data



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
