

	All'ufficiale di stato civile	
--	-------------------------------	--

Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)
Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 22/12/2017, n. 219

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

nella sua piena capacità di intendere e di volere, afferma solennemente

- con questo documento, in previsione di una sua eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, il suo diritto e la sua volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari*
- prevede la nomina di un fiduciario, maggiorenne e capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle sue volontà, che faccia le sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affida copia delle presenti disposizioni anticipate di trattamento, pertanto*

delega come mio fiduciario il signore/la signora				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

<input type="checkbox"/> e delega come ulteriore mio fiduciario il signore/la signora				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

che accetta/accettano la nomina e al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT.

DICHIARA

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari

--

- 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
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento

DICHIARA INOLTRE

<input type="checkbox"/>	di esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia delle presenti disposizioni presso la banca dati nazionale
<input type="checkbox"/>	di non esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia delle presenti disposizioni presso la banca dati nazionale, pertanto indica dove la stessa è reperibile

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input checked="" type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
-------------------------------------	--

Luogo	Data	Il disponente	Il fiduciario