

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Vimercate

Intestatario

Iscrizione al registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a **VIMERCATE** in Via/Piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ e-mail _____

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato

dichiaro

di consegnare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, **in busta chiusa e sigillata all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Vimercate;**

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del/i fiduciario/i di seguito indicato/i che farà/faranno le mie veci e mi rappresenta/no nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha/hanno accettato la mia nomina, precisando che il **secondo fiduciario interverrà nel caso in cui il primo fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione;**

che il PRIMO/UNICO fiduciario é:

1. il Sig./Sig.ra Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

che il SECONDO fiduciario é:

2. il Sig./Sig.ra Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

di aver consegnato al/ai fiduciario/i una copia della D.A.T.;

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 D.A.T. possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

di essere a conoscenza che nel caso in cui il/i fiduciario/i indicato/i vi rinunci/no o sia/siano divenuto/i incapace/i o sia/siano deceduto/i, la D.A.T. mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

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;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

Vimercate _____

Firma **intestataro** _____

1. Firma **fiduciario** _____

2. Firma **fiduciario** _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione dell'intestataro

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

davanti all'Ufficiale di Stato Civile, previa identificazione con documento n° _____

rilasciato da _____ il _____

registrazione n° _____ data _____

Vimercate _____

Timbro e firma Ufficiale di Stato Civile _____