

	Al Comune di _____ 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)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Nella sua piena capacità di intendere e di volere,

AFFERMA

- che 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*
- che prevede la nomina di un fiduciario, maggiorenne e capace di intendere e di volere, al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT, 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 seguente soggetto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

<input type="checkbox"/> e delega come ulteriore mio fiduciario il seguente soggetto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

I quali dichiarano di acconsentire il trattamento dei dati personali e sottoscrivono la DAT per accettazione della nomina.

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

- di esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale
 - di esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione
 - di non esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione
- di non esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale, che quindi rimane reperibile ai seguenti recapiti

Indirizzo	CAP	Telefono

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)

- 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	Il fiduciario	