

ALL. "B"

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del comune di \_\_\_\_\_

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni 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 \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ 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 la mia Dichiarazione Anticipata 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 al  
comune di \_\_\_\_\_ e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello  
predisposto dal  
Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

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 fiduciario di seguito indicato che farà le mie  
vece e mi  
, rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato  
la mia  
nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

di aver consegnato al fiduciario una copia della 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 obbligo di motivazione;

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

di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT 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;

Firma \_\_\_\_\_

intestatarario

\_\_\_\_\_  
Firma

fiduciario

\_\_\_\_\_  
-----  
\_\_\_\_\_

Parte riservata all'Ufficio

Identificazione dell'intestatario:

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

\_\_\_\_\_ di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da

il \_\_\_\_\_

registrazione n° \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma