



PROT. ....

AREA **AMMINISTRATIVA**  
SERVIZIO ANAGRAFE-STATO CIVILE-ELETTORALE-AFFISSIONI

ALLEGATO A)

**Iscrizione al registro  
delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

*(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso M  F

nato/a a .....

(specificare anche lo Stato, se estero) il .....

attualmente residente a ....., in

Via .....

..... n. ....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 delle Disposizioni attuative della Legge 219/2017, definite con deliberazione di G.C. n. .... del.....

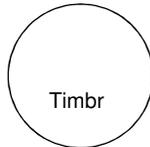
### DICHIARA

- 1)  di consegnare in busta chiusa sigillata la propria disposizione anticipata di trattamento, debitamente sottoscritta con firma autografa, (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- 2)  che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che accetta il ruolo (come da sua dichiarazione allegata) e che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:  
.....  
.....
- 3)  di aver consegnato al  fiduciario una copia della DAT;

- 4)  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;
- 5)  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 6)  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;
- 7)  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;
- 10)  Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra .....; e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 11)  di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., li .....

*(luogo e data)*



**IL DICHIARANTE**

.....

*(firma per esteso leggibile)*

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

**N. .... del .....**

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....

di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità

.....

....., li .....

.....