CITTA'
DI CORSICO

All'Ufficiale dello Stato Civile
Del Comune di Corsico

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

Io sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Nato a	
Il	
Residente in	
Indirizzo	
Cittadinanza	
Codice Fiscale	
Telefono	
E-mail	
Documento di identità	Tipo_____ Numero_____ Data rilascio_____ Data scadenza_____ Ente di rilascio_____

DICHIARO 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,

- di essere persona maggiorenne **capace di intendere e di volere**
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento
- di allegare alla presente dichiarazione il documento "Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), in cui esercito i**l mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;
- di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento in busta aperta al Comune di CORSICO, insieme alla fotocopia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario;
- 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 nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci, sia divenuto incapace o sia deceduto, la **DAT** mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

CITTA'
DI CORSICO

DICHIARO ALTRESI' *(barrare l'ipotesi che ricorre)*

- ❑ di **NON PREVEDERE** la nomina di un 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 **PREVEDERE** la nomina di un fiduciario, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui **affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento (D.A.T.);** di **delegare come mio FIDUCIARIO**
  Nome_____Cognome_____
  nato/a a_____( ) il_____
  residente a _____( ) CAP _____ in via/piazza _____
  codice fiscale _____
  documento d'identità n° _____tipo documento_____
  rilasciato dal _____ data rilascio__/__/____ data scadenza__/__/____
  tel._____email_____
  che:
  □ **ACCETTA LA NOMINA**
  □ ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI **(AI SENSI DELL'ART13-14 DEL GDPR 2016/679)**

ACCONSENTO:

- espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di CORSICO.

Inoltre

□ **Presto** □ **Non presto**	Il consenso all'invio di una copia della presente dichiarazione alla Banca Dati Nazionale ai sensi del Decreto 10/12/2019 n.168
□ **Presto** □ **Non presto**	il consenso per la notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT

ALLEGO ALLA PRESENTE:

1. **il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato**
2. **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità**
3. **fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità**

CORSICO, _____

Firma **intestatario**_____

Firma **fiduciario**_____