

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 CORSICO in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tipo documento _____
rilasciato dal _____ data rilascio ____/____/____ data scadenza ____/____/____
tel. _____
email _____

Consenso per la notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT
☐ **PRESTO** il consenso ☐ **NON PRESTO** il consenso

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, nella mia **piena capacità di intendere e di volere,**

DICHIARO

con questo documento, **il 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 **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)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

- 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.

Firma **fiduciario** _____