

Al Comune
di SANTA VENERINA
Ufficio di Stato civile

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO - D.A.T.**

(Art. 4, [Legge 22 dicembre 2017, n. 219](#))

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
codice fiscale _____ documento
d'identità _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____ tel.
_____ e mail _____ in qualità di disponente ai
sensi dell'art.4 della [Legge n. 219 del 22 dicembre 2017](#), 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 personalmente, ai sensi della [Legge 219/2017](#), all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____ la **Dichiarazione Anticipata di Trattamento**, da me sottoscritta in data _____, contenente le mie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di patologie gravi ed invalidanti, che mi costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui non sia più in grado di manifestare il mio consenso o il mio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui sono sottoposto, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- che il fiduciario è il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via/piazza _____ n. _____, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere, che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, ove mi trovassi nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed allo stesso ho consegnato 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;
- di essere consapevole che ai sensi del [D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196](#) (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del regolamento UE 679/2016 le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente provvedimento

ALLEGRO:

- 1. La Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.);*
- 2. copia di un mio documento d'identità in corso di validità;*
- 3. copia della tessera sanitaria in corso di validità;*
- 4. copia di un documento d'identità in corso di validità del fiduciario.*

Luogo _____, *data* _____

(Firma)