

**Iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) ai sensi della  
Legge n. 219/2017**

Io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... residente a .....

In via ..... Codice fiscale ..... Recapito  
telefonico ..... indirizzo e-mail .....

*(barrare per conferma)*  **dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte**

**CHIEDO**

L'iscrizione nel registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento relative ai trattamenti sanitari e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Indico di seguito la persona di mia fiducia (**fiduciario**) che mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e alla quale, in caso di bisogno, il Comune consegnerà il la busta contenente la mia disposizione:

1) Cognome e Nome .....

nato a ..... il .....

residente a ..... in via ..... n .....

codice fiscale ..... recapito telefonico .....

Indirizzo e-mail .....

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario risulta dalla sottoscrizione (indicare la scelta):

- Della presente istanza
- Del documento contenente la DAT

(Se il fiduciario non è presente all'atto di consegna dell'istanza (poiché l'accettazione e la sottoscrizione della nomina è presente nella DAT) il dichiarante deve produrre copia del suo documento di identità)

Sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca.

Sono consapevole che il fiduciario potrà ottenere la cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza, senza obbligo di motivazione.

Sono consapevole che in assenza di nomina o di rinuncia del fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare.

Data .....

Firma del **Disponente** (nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. .... rilasciato il ..... da .....

1) Firma del **Fiduciario** per accettazione dell'incarico

(nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. .... rilasciato il ..... da .....

**Autorizzo il trattamento dei dati personali** forniti per accedere al presente beneficio, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento **ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_