

DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – D.A.T.
(art. 4 legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in Calolziocorte - Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____

DICHIARO

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di consegnare nelle mani dell'Ufficiale dello Stato Civile, in data odierna, la mia Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) – ai sensi dell'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, redatta in previsione di un'eventuale incapacità futura di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte;
- che la DAT è debitamente sottoscritta in data _____ con firma autografa (circolare Ministero dell'Interno n. 1 del 08.02.2018) e reca in allegato copia di un mio valido documento di identità ed eventuale copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato, che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie;
- che le generalità del fiduciario, persona maggiorenne e capace di intendere e volere, sono le seguenti:
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____ e-mail _____
- che il fiduciario ha accettato la nomina sottoscrivendo la DAT
- che il fiduciario ha accettato la nomina con atto successivo allegato alla DAT;
- che il fiduciario non ha accettato la nomina;
- di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- di essere a conoscenza che il fiduciario può rinunciare alla nomina, con atto scritto che mi sarà comunicato;
- di essere a conoscenza che potrò revocare l'incarico del fiduciario in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di non aver nominato alcun fiduciario;
- di essere a conoscenza che, nel caso non sia stato indicato alcun fiduciario, ovvero nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene

Mod_DAT

efficacia in merito alla mia volontà e che, in caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento, con le stesse forme previste per la redazione.

Con riferimento alla Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento, istituita presso il Ministero della Salute con proprio decreto 10 dicembre 2019, n. 168

DICHIARO

- di aver **preso visione dell’informativa** redatta dal Ministero della Salute ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale elaborata dal Ministero della Salute;
- di **PRESTARE il mio CONSENSO all’invio di copia della DAT depositata, alla Banca Dati Nazionale**
- di **NON PRESTARE il mio CONSENSO all’invio di copia della DAT depositata**, alla Banca Dati Nazionale, indicando che la DAT stessa è reperibile presso (indicare indirizzo completo di CAP e telefono):

- ACCONSENTO NON ACCONSENTO alla ricezione della email di notifica dell’inserimento della mia DAT nella Banca Dati Nazionale.

Calolziocorte, _____

(firma leggibile)

RISERVATO ALL’UFFICIO DI STATO CIVILE DEL COMUNE DI CALOLZIOCORTE

Il/La sottoscritto/a, Ufficiale di Stato Civile del Comune di Calolziocorte, previo accertamento dell’identità della persona disponente a mezzo di _____

n. _____ rilasciat__ in data _____

da _____ e della verifica della sua residenza nel Comune di Calolziocorte, dichiara di ricevere in data odierna la DAT di cui innanzi.

Calolziocorte, _____

L’Ufficiale dello Stato Civile
