

# ALLEGATO 1

Al Comune di NONE  
Servizi demografici  
Ufficio di Stato civile

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 None, in via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

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

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, il mio diritto e 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;

prevedo 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;

pertanto delego come mio fiduciario:

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

che accetta la nomina ed al quale ho consegnato una copia della DAT.

