

ALLEGATO 2

Al Comune di NONE
Servizi demografici
Ufficio di stato civile

DISPONENTE

Iscrizione al registro comunale delle Disposizioni 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 _____

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 la Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di None e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello contenente i dati richiesti, integro in tutte le sue parti;

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

di aver consegnato al fiduciario 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, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;
- di dare consenso e di essere consapevole che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente ai fini di cui al presente procedimento nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di cui agli articoli 6-7-12-32 del GDPR, dovrà garantire la tutela alla riservatezza e dei diritti mediante l'adozione di adeguate misure di sicurezza.

None, _____

Firma disponente _____

Firma fiduciario _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del disponente

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento

n° _____ rilasciato da _____

il _____

registrazione n° _____

data _____

None, _____

Timbro e firma
