

Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento (D.A.T.)

(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Sesso M F nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero)

i _____, attualmente residente in Chianocco (To) in

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della Legge 219/2017 e delle disposizioni operative definite con deliberazione di G.C. n. 193 del 7.8.2018, nonché dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- 1) di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- 2) di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminazione, attraverso i medici (indicare i riferimenti) _____
- 3) di aver consegnato all'Ufficiale di stato civile del Comune di Chianocco dentro una Busta le proprie disposizioni anticipate di trattamento, debitamente sottoscritte con firma autografa, (di seguito D.A.T.) contenenti le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari completo di copia del Documento d'Identità e Codice Fiscale del Disponente ed eventuale Copia della Carta d'Identità e Codice Fiscale del Fiduciario(se designato);
- 4) che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che accetta il ruolo (come da sua dichiarazione allegata) e che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:

- 5) di aver già consegnato al fiduciario una copia delle D.A.T., oppure, di consegnare al fiduciario una copia delle D.A.T. a seguito del deposito;
- 6) 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;
- 7) di essere a conoscenza che le D.A.T. possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 8) di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le D.A.T. mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- 9) 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;

- 10) di aver inserito nella busta, insieme alle D.A.T., copia del proprio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra _____
- 11) di aver già depositato le proprie D.A.T. presso i precedenti Comune di residenza
Comune di _____ in data _____
Comune di _____ in data _____
 e che le D.A.T. depositate presso i precedenti Comuni di residenza sono già state revocate:
Comune di _____ in data _____
Comune di _____ in data _____
- 12) di essere consapevole che le D.A.T. depositate presso il Comune di Chianocco:
 rinnovano le precedenti;
 modificano e/o integrano le precedenti;
 sostituiscono integralmente e revocano le precedenti;
- 13) di autorizzare il Comune di Chianocco a trasmettere le proprie D.A.T. e ogni ulteriore dato, informazione, documento connesso alle D.A.T. depositate al Ministero della Salute per il popolamento della banca dati nazionale delle D.A.T. e/o alla Regione Piemonte per analoga finalità;
- 12) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

_____, li _____
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso leggibile da apporre alla presenza
dell'Ufficiale di stato civile)

Numero progressivo assegnato alle D.A.T. e riportato sul registro comunale:

N _____ **del** _____

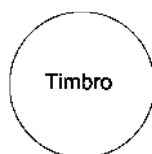
RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra _____

di fronte al sottoscritto Ufficiale di stato civile del Comune di Chianocco, mediante presentazione di valido documento di identità riportante il n. _____, rilasciato da

Chianocco, li _____



L'UFFICIALE DI STATO CIVILE
