	Al Comune di _____ All'Ufficiale di Stato Civile	

Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 22/12/2017, n. 219

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Nella sua piena capacità di intendere e di volere,

AFFERMA

☒ *che con questo documento, in previsione di una sua eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, il suo diritto e la sua volontà in materia di trattamenti sanitari, nonchè il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari*

☐ *che prevede la nomina di un fiduciario, maggiorenne e capace di intendere e di volere, al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle sue volontà, che faccia le sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affida copia delle presenti disposizioni anticipate di trattamento, pertanto*

delega come fiduciario il seguente soggetto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

☐ **e delega come ulteriore fiduciario il seguente soggetto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

I quali dichiarano di acconsentire il trattamento dei dati personali e sottoscrivono la DAT per accettazione della nomina.

DICHIARA

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari

☒ *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*

DICHIARA INOLTRE

☐ *di esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale*

- ☐ *di esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione*
- ☐ *di non esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione*

☐ *di non esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale, che quindi rimane reperibile ai seguenti recapiti*

Indirizzo	CAP	Telefono

Informativa sul trattamento dei dati personali *(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*	
☒	*dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.*

Luogo	**Data**

Il disponente	**Il fiduciario**	**Il fiduciario**