

Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

ai sensi della legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a a

il (gg/mm/aaaa)

residente a

in via

nr

☐ dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, e nella mia piena capacità di intendere e di volere (barrare per conferma)

DICHIARO

di consegnare PERSONALMENTE presso l'Ufficio di Stato Civile di

una scrittura privata non autenticata contenente le mie disposizioni anticipate di

☐ trattamento (DAT), riguardanti le mie volontà in materia di trattamenti sanitari, consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari, e da me sottoscritte in data

(gg/mm/aaaa)

☐ 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;

OPPURE

☐ di aver indicato quale FIDUCIARIO il sig. /la sig.ra:

cognome

nome

nato/a a

il (gg/mm/aaaa)

residente a

nr

persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, che ha ACCETTATO la nomina attraverso la sottoscrizione delle DAT stesse o con atto successivo che allego alle DAT, e a cui ho personalmente rilasciato copia delle stesse;

☐ di essere a conoscenza che ai sensi del d.lgs. 196/2003 le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Allego a tal fine:

- copia della carta di identità
- DAT in busta chiusa

(gg/mm/aaaa)

Firma

Firma del fiduciario
(eventuale)

UFFICIO DI STATO CIVILE

Dichiaro di aver ricevuto in data odierna, in busta chiusa, le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) della persona di cui sopra, residente in

(gg/mm/aaaa)

L'Ufficiale dello Stato Civile
