

## Iscrizione al registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari

Io sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a Rosolina in via ..... n .....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

### CHIEDO

l'iscrizione nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari tenuto presso l'ufficio di stato civile preposto, comunicando di aver inserito in apposita busta la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Nomino i seguenti **fiduciari** che sono autorizzati a dare corso fedele alle mie volontà:

1) Cognome e Nome .....

nato a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

2) Cognome e Nome .....

nato a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

3) Cognome e Nome .....

nato a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

Inoltre, autorizzo l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nel registro (barrare le opzioni scelte):

- ( ) Coniuge
- ( ) Parenti fino al 2° grado
- ( ) Conviventi
- ( ) Medici curanti
- ( ) Medico di famiglia
- ( ) Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato
- ( ) Associazioni promotrici
- ( ) Altro soggetto nominativamente individuato .....

Eventuali comunicazioni relative alla gestione del registro mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via email sopra indicati, **che sarà mio onere tenere aggiornati.**

- Sono a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate.
- Sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.
- Sono consapevole che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza.

**Dichiaro infine che la busta chiusa contenente le mie volontà è depositata e custodita presso i fiduciari sopranominati.**

**I fiduciari che sottoscrivono sono informati che i loro dati personali verranno comunicati ai soggetti sopra autorizzati che richiedono l'attestazione di iscrizione nel registro.**

Data .....

Firma del **Dichiarante** (nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. ....rilasciato il ..... da .....

1) Firma del **Fiduciario** (nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. ....rilasciato il ..... da .....

2) Firma del **Fiduciario** (nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. ....rilasciato il ..... da .....

3) Firma del **Fiduciario** (nome e cognome) .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. ....rilasciato il ..... da .....

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N 196  
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI"**

I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni di volontà relative ai trattamenti sanitari – giusta delibera del Consiglio comunale n°..... del..... e delle attività ad esso correlate e conseguenti.