

Iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) ai sensi della Legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a
nato/a a il residente a Belluno
in via Codice fiscale
Recapito telefonico indirizzo email

chiedo

dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte (*barrare per conferma*)

l'iscrizione nel registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e la conservazione della busta chiusa contenente il documento, redatto nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Indico di seguito la/e persona/e di mia fiducia che mi rappresenterà/anno nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e alla/e quale/i, in caso di bisogno, il Comune consegnerà il documento contenente le mie DAT:

il/la sig./ra (cognome e nome)
nato/a a il residente a
in via Codice fiscale
recapito telefonico indirizzo email

e (*eventuale*)

il/la sig./ra (cognome e nome)
nato/a a il residente a
in via Codice fiscale
recapito telefonico indirizzo email

L'accettazione della nomina da parte del/i fiduciario/i risulta dalla sottoscrizione (*indicare la scelta o le scelte*):

- della presente istanza;
- del documento contenente le DAT.

Il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto. Sarà mia premura informarne l'Ufficiale di Stato Civile.

Sono consapevole che, in assenza di nomina o di rinuncia del fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare e che la revoca del fiduciario dovrà essere fatta con le stesse modalità previste per la nomina, senza obbligo di motivazione.

Sono inoltre a conoscenza della possibilità di ottenere la cancellazione dal registro della mia posizione e di ritirare le mie DAT previa richiesta scritta presentata personalmente al Comune.

Autorizzo (*eventuale*)

il Comune a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT):

- coniuge/unito civilmente** sig./ra (cognome e nome)
 nato/a a
 il residente a
 in via Codice fiscale
 recapito telefonico indirizzo email
- parente fino al 2° grado** sig./ra (cognome e nome)
 nato/a a
 il residente a
 in via Codice fiscale
 recapito telefonico indirizzo email
- convivente** sig./ra (cognome e nome)
 nato/a a
 il residente a
 in via Codice fiscale
 recapito telefonico indirizzo email
- medico di famiglia** sig./ra (cognome e nome)
 nato/a a
 il residente a
 in via Codice fiscale
 recapito telefonico indirizzo email
- direttore sanitario o legale rappresentante dell'Istituto di cura in cui dovesi essere ricoverato**
- altro soggetto nominativamente individuato** sig./ra (cognome e nome)
 nato/a a
 il residente a
 in via Codice fiscale
 recapito telefonico indirizzo email

Dichiaro, infine, di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) le informazioni rese sono utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Belluno,

Firma del dichiarante

Identificato previa esibizione di documento d'identità n.
 rilasciato il da

Firma del Fiduciario per accettazione dell'incarico

Identificato previa esibizione di documento d'identità n.
 rilasciato il da

Firma del Fiduciario per accettazione dell'incarico

Identificato previa esibizione di documento d'identità n.
 rilasciato il da