

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE  
DI TRATTAMENTO - D.A.T.**

(Art. 4, [Legge 22 dicembre 2017, n. 219](#))

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
in qualità di disponente ai sensi dell'art.4 della [Legge n. 219 del 22 dicembre 2017](#), agli effetti dell'art.  
47 del [D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445](#), consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso  
incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

**DICHIARO**

- di consegnare personalmente, ai sensi della [Legge 219/2017](#), all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ la **Dichiarazione Anticipata di Trattamento**, da me sottoscritta in data \_\_\_\_\_, contenente le mie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di patologie gravi ed invalidanti, che mi costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui non sia più in grado di manifestare il mio consenso o il mio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui sono sottoposto, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- che il fiduciario è il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere, che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, ove mi trovassi nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed allo stesso ho consegnato una copia della DAT;
- 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;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- 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;
- di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati del [Ministero della Salute](#) e l'informativa sul trattamento dei dati [del Comune di Vigonovo](#);
- di dare il consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca Dati Nazionale;
- di non dare il consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca Dati Nazionale e di autorizzarne l'allocazione della stessa ai fini della reperibilità presso l'archivio comunale.

di richiedere la notifica via email dell'avvenuta registrazione delle DAT nella Banca dati nazionale alla seguente mail: \_\_\_\_\_

*ALLEGRO:*

- 1. La Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.);*
- 2. copia di un mio documento d'identità in corso di validità;*
- 3. copia della tessera sanitaria in corso di validità;*
- 4. copia di un documento d'identità in corso di validità del fiduciario.*

*Luogo* \_\_\_\_\_, *data* \_\_\_\_\_

*(Firma)*

\_\_\_\_\_