

REGISTRO D.A.T.

N. _____ del _____

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
_____**CITTÀ DI GARLASCO**
Provincia di Pavia**PROTOCOLLO****CONSEGNA DELLA DAT ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE – DISPOSIZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO – LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219**

Il sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Garlasco in via _____

codice fiscale _____

tipo documento d'identità _____ n° _____ del _____

tel. _____ mail _____

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16.01.2018)
chiededi consegnare le proprie **DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)** all'Ufficiale dello Stato
Civile del Comune di Garlasco in busta chiusa e sigillata**dichiara**

a tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445),

 di essere capace di intendere e volere; di avere inserito nella busta le proprie Dichiarazioni Anticipata di Trattamento contenenti la volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, debitamente sottoscritte con firma autografa, unitamente a copia del proprio documento di identità e copia di valido documento di identità del fiduciario; di aver individuato il fiduciario che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, nella persona di:

sig./sig.ra nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

(oppure) 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, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile; che il fiduciario è persona maggiorenne e capace di intendere e volere; che il fiduciario ha accettato la nomina mediante: sottoscrizione delle DAT; con atto successivo, allegato alle DAT; che al fiduciario è stata consegnata una copia delle 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 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 essere a conoscenza che le DAT possono essere modificabili e revocabili in ogni momento.

Dichiara inoltre di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

Garlasco,

Firma disponente _____