

	Al Comune di  <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> All'Ufficiale di Stato Civile	
--	--	--

**Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**  
*Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 22/12/2017, n. 219*

<b>Il sottoscritto</b>					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico      CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Nella sua piena capacità di intendere e di volere,

**AFFERMA**

- che con questo documento, in previsione di una sua eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, il suo diritto e la sua volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari*
- che prevede la nomina di un fiduciario, maggiorenne e capace di intendere e di volere, al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle sue volontà, che faccia le sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affida copia delle presenti disposizioni anticipate di trattamento, pertanto*

<b>delega come mio fiduciario il seguente soggetto</b>					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico      CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

<input type="checkbox"/> <b>e delega come ulteriore mio fiduciario il seguente soggetto</b>					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico      CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

I quali dichiarano di acconsentire il trattamento dei dati personali e sottoscrivono la DAT per accettazione della nomina.

**DICHIARA INOLTRE**

- di esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale
- di esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione
- di non esprimere il proprio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione
- di non esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla banca dati nazionale, che quindi rimane reperibile ai seguenti recapiti

<b>Indirizzo</b>	<b>CAP</b>	<b>Telefono</b>

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<b>Luogo</b>		<b>Data</b>	
<b>Il disponente</b>	<b>Il fiduciario</b>	<b>Il fiduciario</b>	