

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)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico      CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

nella sua piena capacità di intendere e di volere, afferma solennemente

- 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*
- prevede la nomina di un fiduciario, capace di intendere e di volere, 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 signore/la signora</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico      CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

<input type="checkbox"/> <b>e delega come ulteriore mio fiduciario il signore/la signora</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico      CAP
Telefono		E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

che accetta/accettano la nomina e al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT.

## DICHIARA

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari

--

- 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

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità del disponente e del fiduciario
- copia della tessera sanitaria del disponente

### Consenso al trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n. 2016/679)*

- dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. GLOBO srl è stata da questa esclusivamente incaricata quale responsabile del trattamento.

Luogo	Data	Il disponente	Il fiduciario