

Al comune di OME  
Ufficio di Stato Civile

**Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.**  
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a OME in via/piazza \_\_\_\_\_  
documento d'identità n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
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 la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di Ome
- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- di non avere predisposte e depositate presso altri uffici o soggetti altre DAT
- di non avere nominato un rappresentante fiduciario;
- di aver nominato quale fiduciario il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
e che ha accettato l'incarico di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresso nelle dichiarazioni depositate;
- di aver consegnato al fiduciario 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 necessita 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;

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;

Di prendere atto che sulla busta viene apposto lo stesso numero di Protocollo del Registro dei Testamenti Bilogici

Ome , \_\_\_\_\_

Firma **intestatario** \_\_\_\_\_

Firma **fiduciario** \_\_\_\_\_

***Parte riservata all'ufficio  
Identificazione dell'intestatario***

La presente dichiarazione e stata sottoscritta da \_\_\_\_\_

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Numero registro per il deposito e la custodia delle DAT \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

OME , \_\_\_\_\_

L'Ufficiale dello Stato Civile

\_\_\_\_\_