

DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a OME in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere, affermo solennemente**

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la **nomina di un fiduciario**, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

pertanto **delego come mio fiduciario:**

nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
codice fiscale _____
documento d'identità n. _____
tel. _____ mail _____

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

dichiaro

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;

acconsento

- espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Ome.

Ome , _____

Firma **fiduciario** _____

Firma **intestataro** _____

Importante!

La legge ti permette di fare la DAT anche senza nominare il fiduciario. In questo caso sarà il Giudice Tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (capo I del titolo XII del libro I del codice civile).