

All'Ufficiale di Stato Civile del
Comune di Isola del Giglio - GR

Oggetto: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT (Art. 4, comma 6, L 22/12/2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Sesso M F CF _____

Nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero) il

_____ Cittadino _____ residente a Isola del
Giglio in Via _____ n. _____

Pec/e-mail _____ tel/cell _____

Documento certificativo dell'identità _____ n. _____ rilasciato
da _____ in data _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

CHIEDE
quale Disponente

Di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento e, a tal fine

D I C H I A R A

- 1) Di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- 2) Di essere residente nel Comune di Isola del Giglio;
- 3) di avere redatto e sottoscritto, nei modi di legge, un documento (Dichiarazione di volontà) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- 4) che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ nato/a il
_____ a _____, prov. _____ residente a prov. indirizzo_
_____ che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che
vengono consegnate;
- 5) che l'originale del Testamento / Dichiarazione di volontà redatto è conservato
presso _____ via _____ n. _____ città_
_____ n.tel/cell _____;
- 6) che il/i nominativo/i del/i soggetto/i fiduciario/i che vengono da me nominati e che
avrà/avranno il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse

nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire, è/sono il/i seguente/i:

il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____,
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

(Supplente) il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____
a _____, prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

- 7) [] che i soggetti autorizzati ad accedere al Registro relativamente alla posizione afferente il sottoscritto, sono, oltre che quelli legittimati da disposizioni di legge o regolamentari, esclusivamente i seguenti: (barrare l'alternativa prescelta)
- Soggetto/i fiduciario/i;
 - Medico curante;
 - Altri _____ soggetti _____ (specificare _____ quali)

_____;
- 8) [] di essere a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate;
- 9) [] di essere consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.
- 10) [] 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;
- 11) [] di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento.
- 12) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso all'invio di copia della DAT alla Banca Dati nazionale.
- 13) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati nazionale DAT.

Isola del Giglio _____

Allega:

- Le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

IL DICHIARANTE

_____ (firma per esteso)

.....

RISERVATO ALL'UFFICIO

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____
Isola del Giglio, _____