

OGGETTO: Consegna di Disposizioni anticipate di trattamento D.A.T. e Rilascio di Ricevuta.
(art. 4 L. 219/2017 e Circolare M.I del 18/02/2018)

Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a BOARA PISANI (PD) in Via/Piazza.....n.....
Cittadinanza.....cod.fiscale.....
Tel/Cell.....mail/pec.....

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n.12 del 16-01-2018)

CONSEGNA

le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**

- ☐ documento NON in busta chiusa
- ☐ in BUSTA CHIUSA

DICHIARA

a tal fine e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

- ☐ di essere residente in BOARA PISANI;
- ☐ di essere persona MAGGIORENNE e capace di intendere e di volere;
- ☐ di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, redatte nella seguente forma: **Atto Pubblico/ Scrittura Privata Autenticata/ Scrittura Privata** e debitamente sottoscritte, unitamente alla copia del proprio documento d'identità;
- ☐ di aver/ non aver nominato in qualità di **FIDUCIARIO** (con copia del documento d'identità) il Sig./Sig.ra

(cognome e Nome – Data e luogo di nascita)

che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, in ordine ai trattamenti medici da eseguire e alle altre dichiarazioni manifestate;

- ☐ che il fiduciario ha accettato la nomina con:
 - ☐ sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
 - ☐ con atto successivo, che è allegato alle DAT;
- ☐ che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT;
(oppure)
- ☐ che le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno.

DICHIARA

altresì

- ☐ di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi momento;
- ☐ di essere in possesso di una copia delle DAT .
- ☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;
- ☐ di dare il mio consenso alla trasmissione della DAT alla BANCA DATI NAZIONALE, istituita presso il Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 1, comma 418, della Legge 27/12/2017) n. 205.
- ☐ ALTRO:.....

Allega alla presente:

1. le Disposizioni Anticipate di trattamento (DAT) ;
2. fotocopia del proprio documento d'identità.

Dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, che il trattamento dei dati sopra riportati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti personali, e sarà effettuata anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Boara Pisani, lì.....

Firma del disponente

.....

Disponente identificato a mezzo
di cui si allega copia (carta d'identità, passaporto, patente ecc.)

COMUNE DI BOARA PISANI Provincia di Padova 	UFFICIO DELLO STATO CIVILE Ricevuta presentazione D.A.T <i>(L. 219/2017 e Circolare M.I del 18/02/2018)</i> N.....Registro Data..... L'Ufficiale dello Stato Civile Timbro ufficio
--	---

REGISTRAZIONE PROTOCOLLO DELL'ENTE

N..... DEL.....