

Al Sig. Sindaco del Comune
di Lainate

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO - D.A.T.**

(Art. 4, Legge 22 dicembre 2017 n. 219)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in via/piazza _____
codice fiscale _____ documento d'identità _____
n. _____ rilasciato da _____
il _____ tel. _____
e mail _____ in qualità di
disponente ai sensi dell'art.4 della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, agli effetti
dell'art. 47 del Decreto Presidente Repubblica 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 personalmente, ai sensi della Legge n. 219/2017, all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Lainate (MI), la Dichiarazione Anticipata di Trattamento, da me sottoscritta in data _____, contenente le mie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di patologie gravi e invalidanti, che mi costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui non sia più in grado di manifestare il mio consenso o il mio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui sono sottoposto, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- che il fiduciario è il/la Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____
e residente in via/piazza _____
n. _____, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere, che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, ove mi trovassi nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire e alle altre dichiarazioni manifestate;
- che il fiduciario supplente (non obbligatorio) è il/la Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____
e residente in via/piazza _____
n. _____, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere, che sostituisce il fiduciario principale qualora questo sia impossibilitato ad assolvere la propria funzione;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina e allo stesso ho consegnato 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 necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno;
- di essere consapevole che ai sensi del GDPR 2016/679 (Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali) le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- di acconsentire all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale, come disposto dal Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168
- di non acconsentire all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale e di individuare come luogo di reperibilità della stessa il Comune di Lainate

ALLEGRO:

1. La Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.);
2. copia di un mio documento d'identità in corso di validità;
3. copia della tessera sanitaria in corso di validità;
4. copia di un documento d'identità in corso di validità del fiduciario.

Luogo _____, data _____

(Firma)
