

N. REGISTRO D.A.T. \_\_\_\_\_ datato \_\_\_\_\_

ALL'UFFICIO STATO CIVILE  
DEL COMUNE DI  
25079 VOBARNO (BS)

**Intestatario**

**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  
Vobarno in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ documento  
d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. /cell. \_\_\_\_\_ 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, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di Vobarno, integro in tutte le sue parti;
- ☐ 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;
- ☐ che il 1°fiduciario è il sig./sig.ra COGNOME \_\_\_\_\_ e NOME \_\_\_\_\_
- ☐ che il 2° fiduciario è il sig./sig.ra COGNOME \_\_\_\_\_ e NOME \_\_\_\_\_
- ☐ 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 necessità 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 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;

Vobarno, \_\_\_\_\_

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

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

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

=====

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

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

\_\_\_\_\_ di fronte all'ufficiale di stato civile, previa  
identificazione con documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ registrazione n° \_\_\_\_\_  
data \_\_\_\_\_

(allegato documento d'identità del richiedente la D.A.T.)

Vobarno, \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_