

**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 cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a PORTALBERA in via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ 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 PORTALBERA e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello 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 d'identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- che il fiduciario/fiduciari è/sono:
  - il sig./sig.ra cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
  - il sig./sig.ra cognome \_\_\_\_\_ 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 indicatovi rinunci o si 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 del codice civile;
- di essere consapevole che ai sensi del G.D.P.R – Regolamento UE n. 2016/679 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 di tutela del diritto alla riservatezza.

Portalbera, li \_\_\_\_\_

Firma **intestatario**

\_\_\_\_\_

Firma 1 fiduciario \_\_\_\_\_

Firma 2 fiduciario \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Parte riservata all'ufficio comunale

### Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da \_\_\_\_\_

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

registrazione n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Portalbera, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

DAT - Intestatario

**AL COMUNE DI PORTALBERA**  
**Ufficio Stato Civile**

**Fiduciario**

**Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.**  
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a PORTALBERA in via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

e

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a PORTALBERA in via /piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ 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/dichiarano**

di aver **accettato la nomina di fiduciario/fiduciari** nella Dichiarazione anticipata al trattamento (DAT) redatta dall'intestatario di seguito indicato:

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

di essere consapevole che ai sensi del G.D.P.R – Regolamento UE n. 2016/679 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 di tutela del diritto alla riservatezza;

di essere a conoscenza che il ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

PORTALBERA, lì \_\_\_\_\_

Firma **fiduciario/fiduciari** \_\_\_\_\_

Firma **fiduciario/fiduciari** \_\_\_\_\_

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

**Identificazione del fiduciario/fiduciari**

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 \_\_\_\_\_  
PORTALBERA, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
PORTALBERA li \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_