

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Io sottoscritto/a
nato/a il a prov.
residente a prov.
indirizzo tel.
documento di identità n. rilasciato il da

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile,

DICHIARO

- di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari:

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

- di prevedere prevedo la nomina di un fiduciario, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie qualora io dovessi perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

pertanto NOMINO FIDUCIARIO

che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente disposizione il Sig./la Sig.ra:

(cognome e nome)
nato/a il a prov.
residente a prov.
indirizzo tel.
documento di identità n. rilasciato il da

che accetta, sottoscrivendo, la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

DICHIARO INOLTRE

- 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 la DAT possa essere valida anche in assenza della nomina del fiduciario potendo il Giudice Tutelare provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno al pari del caso di morte e/o impedimento del fiduciario;

ACCONSENTO

- espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Druogno.

Druogno, lì

Firma del **dichiarante**

Firma del **fiduciario** (il quale accetta, sottoscrivendo, la nomina dichiarando di avere ricevuto una copia della DAT e di essere informato a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione)

....., lì

Firma del **fiduciario**

N.B.: si allegano copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante e del fiduciario.