

# Dichiarazione Anticipata 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 Scarmagno in Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'identità n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

## affermo solennemente

- con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;
- 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 ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

- pertanto **nomino come mio fiduciario:**

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

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

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

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

documento di identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

- nomino inoltre come **fiduciario supplente**, qualora il primo fiduciario si trovi nell'impossibilità di assolvere alle sue funzioni:

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

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

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

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

documento di identità n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

## **d i c h i a r o**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

## **a c c o n s e n t o**

- 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 Scarmagno.

Scarmagno, \_\_\_\_\_

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

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

Firma **fiduciario supplente** \_\_\_\_\_

### **Importante!**

La legge ti permette di fare la DAT anche senza nominare il fiduciario. In questo caso sarà il Giudice Tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (capo I del titolo XII del libro I del codice civile).