

Al Comune

di **Manduria**

Ufficio di Stato civile

**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 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 personalmente, ai sensi della Legge 219/2017, all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Manduria 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 ed 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 ed alle altre dichiarazioni manifestate;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed 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 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

*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)*

---