

OGGETTO: **Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.**  
**(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
quale "disponente"

**CHIEDE**

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT e a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di CASTEL MAGGIORE

che il fiduciario è il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle 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 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  autorizzare  non autorizzare l'invio di copia digitale della disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna, alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della salute così come previsto dalla Circolare del Ministero dell'Interno n. 2/2020 ed ai sensi del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 il trattamento dei dati personali in essa contenuti

- di  autorizzare  non autorizzare il trattamento dei miei dati di contatto ed l'invio della notifica tramite e\_mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale D.A.T.

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

"Nomina fiduciario" ed "Accettazione incarico di fiduciario" <sup>(1)</sup>;

Data \_\_\_\_\_

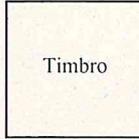
\_\_\_\_\_  
**Firma del disponente** (per esteso e leggibile)

(1) Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

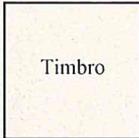


\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**

**RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE**

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a \_\_\_\_\_  
sono state registrate in data odierna al n. \_\_\_\_\_ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e  
saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**