

OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. (art. 4, comma 6, della Legge 22/12/2017, n. 219).

Io sottoscritt _____, nat_ il ___/___/_____ a
_____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___) in
_____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____,
quale "Disponente",

CHIEDO

di consegnare le mie D.A.T. e a tal fine

DICHIARO

ai sensi dell'art. 47 del DPR 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 _____ (___);
- che Fiduciario è _I_ signor_ _____, nat_ il ___/___/___ a _____ _I_ quale ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;
- di aver consegnato a detto Fiduciario una copie 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 non aver indicato alcun Fiduciario nelle DAT ma di volervi provvedere ora con atto separato da allegare alle DAT;
- di essere informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ALLEGO:

- le mie DAT in busta chiusa;
- nomina ed accettazione incarico del Fiduciario (Mod.2);
- fotocopia del mio documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del documento di riconoscimento del Fiduciario in corso di validità;
- fotocopia della mia tessera sanitaria in corso di validità;

Valfurva, ___/___/_____.

Il Disponibile _____
firma per esteso e leggibile

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

La suestesa dichiarazione di presentazione delle DAT è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal __ Disponente, signor __ _____, della cui identità mi sono accertato mediante _____.
Valfurva, __/__/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

=====

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

Si attesta che le DAT relative a _____, sono state registrate in data odierna, con prot. n. _____, al n. ____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso questo Ufficio di Stato Civile del Comune di Valfurva (SO).
Valfurva, __/__/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

OGGETTO: Nomina Fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Io sottoscritt _____, nat il ___/___/_____
a _____ (____), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____
(____) in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

NOMINO

Fiduciario _l_ signor _____, nat il ___/___/_____
a _____ (____) e residente a _____
_____ (____) in Via _____ n. _____,

per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)

=====

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

La suddetta dichiarazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____.

Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

OGGETTO: Accettazione della nomina a Fiduciario.
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Io sottoscritt _____, nat_ il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___)
in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

ACCETTO

la nomina a Fiduciario per _l_ signor _____,
nat_ il ___/___/_____
a _____ (___) e residente a
_____ (___) in Via _____ n. _____,
per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia
di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere:

- a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

=====

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

La suddetta accettazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Fiduciario
della cui identità mi sono accertato mediante _____.

Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

Al fine di rendere esecutive le disposizioni da me scritte sul retro della presente e di assumere in mia vece le decisioni che fossero necessarie e, in ogni caso, a effetto di legge

NOMINO QUALE FIDUCIARIO

l signor _____, nat_ il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___)
in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

La suddetta persona delegata dovrà, in caso di mia incapacità, prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie e relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà tener conto della mia volontà retro indicata.

Potrà prendere visione della mia cartella clinica ed autorizzare la sua consegna a terzi.

Firma per accettazione della nomina di Fiduciario

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

Sono a conoscenza che il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il Fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla mia condizione clinica attuale, ovvero sussistano terapie, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Sono a conoscenza che le mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)