



**Area 3 – Transizione digitale, servizi al cittadino e provveditorali
U.O.C. servizi demografico-statistici e cimiteriali**

N. Registrazione:

Data:

(parte a cura dell'ufficio)

**Iscrizione al registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) -
Disponente**

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Lecco in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità _____

tel. _____ e-mail _____

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 DISPOSIZIONI mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

☐ dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, di consegnare la mia Disposizione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, da me sottoscritta, corredata di busta per il deposito al Comune di Lecco;

☐ di aver inserito nella busta, insieme alla Disposizione Anticipata di Trattamento, copia di un mio valido documento d'identità;

☐ che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____ che ha accettato la mia nomina al fine di fare le mie veci e rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie;

☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento e di aver inserito nella busta copia di un valido documento d'identità del fiduciario;

☐ 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 nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la Disposizione Anticipata di Trattamento 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, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

☐ di essere a conoscenza delle modalità per revocare o variare la propria Disposizione Anticipata di Trattamento e che il suo ritiro può essere effettuato esclusivamente dal sottoscritto/a o dal fiduciario;

☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Lecco, _____

Firma **disponente**

(firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)

Parte riservata all'ufficio - Identificazione del disponente

La presente iscrizione al registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento è stata sottoscritta da _____ di fronte all'Ufficiale di Stato Civile, previa identificazione con documento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____ di cui si allega copia.

Lecco, _____