

D.A.T.

Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. – per iscrizione al registro comunale (art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a QUINTO DI TREVISO in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità _____ n° _____

tel. _____ 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;

DISPONGO quanto segue relativamente all'eventuale NOMINA DI UN FIDUCIARIO:

- NON prevedo** la **nomina di un fiduciario (sono consapevole che** 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);

oppure

- 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 Disposizione Anticipata di Trattamento, e pertanto **NOMINO come mio fiduciario la seguente persona, la quale accetta la nomina e sottoscrive la presente DAT e ne riceve una copia :**

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità _____ n° _____

tel. _____ mail _____

- di essere a conoscenza che la revoca dell'incarico di fiduciario potrà essere effettuata 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;

ACCONSENTO

- a che si provveda alla registrazione della presente Disposizione Anticipata di Trattamento nel registro apposito, all'invio alla Banca Dati Nazionale DAT ed alla conservazione della stessa presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Quinto di Treviso.

Quinto di Treviso, _____

Firma **dichiarante e intestatario della presente DAT**: _____

Firma dell'eventuale **fiduciario (se nominato)**: _____