

**Richiesta di iscrizione al registro comunale delle  
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) - Disponibile**  
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Terre del Reno in via/piazza \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento d'identità \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Vista la legge 22 dicembre 2017 n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte;

Consapevole che, ai sensi del D.lgs. n.193/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti

**CHIEDO**

L'iscrizione nel registro comunale del **Comune di TERRE DEL RENO** delle Disposizioni Anticipate di Trattamento autorizzandone l'invio e la conservazione presso la Banca Dati Nazionale (circ.n.2/2020 del Min.Interno).

La presente disposizione è redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR 445/2000,

**dichiaro**

di voler nominare il/i seguente/i fiduciario/i che mi rappresenti/no in modo conforme alle volontà espresse nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie nel momento in cui non fossi più in grado di confermare le mie intenzioni consapevolmente:

1) Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

2) Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

OPPURE

di non voler nominare un fiduciario

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;

Terre del Reno \_\_\_\_\_

Firma **disponente**

\_\_\_\_\_  
(firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)



**COMUNE DI TERRE DEL RENO**  
(Provincia di Ferrara)



**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.

Terre del Reno,

Timbro e firma \_\_\_\_\_

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DAT E RIPORTATO SUL REGISTRO COMUNALE AL

N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_