

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di SAVIGNANO SUL PANARO

ISCRIZIONE al Registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

- D.A.T. (art.4 L. 22 dicembre 2017, n.219)

DICHIARAZIONE DEL DISPONENTE

Io sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (MO) in via/piazza \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ documento  
d'identità n° \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ 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  
dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

O di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) 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, in busta chiusa e sigillata al comune di \_\_\_\_\_, integro in tutte le sue parti;

O di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e del mio codice fiscale;

O di avere inserito nella busta copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi  
rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

O che il fiduciario è il sig./sig.ra:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ;

O di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;

O 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;

O di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

O di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o siadeceduto, la DAT mantiene  
efficacia in merito alla mia volontà;

O 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;

O di essere consapevole e accettare che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, il Comune di  
\_\_\_\_\_ in qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei dati personali e identificativi per  
adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o interesse pubblico e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali, per  
le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento il sottoscritto potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli  
artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile. L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a  
info@comune.savignano-sul-panaro.mo.it oppure nella sezione Privacy del sito web comunale.

Savignano sul Panaro , \_\_\_\_\_

Firma del disponente \_\_\_\_\_

Firma fiduciario \_\_\_\_\_

Parte riservata all'ufficio Identificazione del disponente

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da \_\_\_\_\_ di fronte  
all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento  
n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Savignano sul Panaro, \_\_\_\_\_

L'Ufficiale dello Stato Civile

Estremi di registrazione Protocollo

Numero della registrazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data della registrazione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_