

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

DATI DISPONENTE

Cognome Nome

stato di nascita

luogo e data di nascita

Telefono

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo cap.....

e-mail (facoltativa)

carta di identità patente passaporto

altro.....

N° ente rilascio

data di rilascio data scadenza(allegare copia documento)

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

DATI FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

Cognome Nome

stato di nascita

luogo e data di nascita

Telefono

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo cap.....

e-mail (facoltativa)

carta di identità patente passaporto

altro.....

N° ente rilascio

data di rilascio data scadenza(allegare copia documento)

il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a e firma a in calce al modello.

Ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT, la persona **disponente**:

acconsente

non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute, ed indica di seguito il proprio **recapito di posta elettronica**, autorizzando così il Ministero della salute all'invio delle previste comunicazioni:

.....

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (consenso informato consegnato).

Firma del/la disponente

.....

Firma del/la fiduciario/a per accettazione nomina

.....

Data,

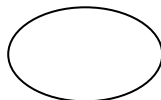
Parte riservata all'Ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

Di fronte all'Ufficiale dello Stato Civile,

registrazione n. _____ data _____

Bovezzo (BS) _____



L'Addetto ricevente

Esente da Bollo (art. 37/DPR 445/2000, e Art. 4/L 219/2017)