



COMUNE DI BOVEZZO

Provincia di Brescia

Settore Servizi Demografici

Tel. 030/2111206-219 – E-mail: anagrafe@comune.bovezzo.bs.it

Al Comune di Bovezzo
Servizi Demografici

Iscrizione al Registro Comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) (Art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto

cognome _____ nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a Bovezzo in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Doc. identità n° _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-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;
- 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 voci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;
- Pertanto **delego come mio fiduciario:**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____ Doc. identità n° _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

- **Che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;**



COMUNE DI BOVEZZO

Provincia di Brescia

Settore Servizi Demografici

Tel. 030/2111206-219 – E-mail: anagrafe@comune.bovezzo.bs.it

- Di esprimere la seguente **volontà** in merito ai trattamenti sanitari:

- 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 le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

acconsento

- ai sensi dell'Art. 13 – Reg. UE n. 679/2016, (Codice in materia di trattamento dei dati personali) al trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza (vedi allegati);
- A che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Bovezzo ed invio telematico presso la Banca Dati Nazionale del Ministero della Salute.

Bovezzo (BS), li _____

Firma Intestatario _____

Firma Fiduciario _____