*COMUNE DI* C A R I F E

*PROVINCIA DI* AVELLINO

|  |
| --- |
| **Iscrizione al registro** **delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)***(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)* |
|  |  |

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .................................................................................................................

Sesso M [ ]  F [ ]

nato/a a .............................................................................................................................................................. (specificare anche lo Stato, se estero) il .............................................................................................................

attualmente residente a ..............................................................................................................................., in Via ............................................................................................................................................. n. .....................

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

## D I C H I A R A

1. [ ]  di consegnare la propria disposizione anticipata di trattamento (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
2. [ ]  che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell’incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

1. [ ]  che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 2) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell’impossibilità di adempiere, è il seguente:

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

1. [ ]  di aver consegnato al [ ]  fiduciario - [ ]  fiduciario supplente una copia della DAT;
2. [ ]  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;
3. [ ]  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
4. [ ]  di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
5. [ ]  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;
6. **[ ]** Di aver utilizzato il modello predisposto dall’Amministrazione comunale;

10) [ ]  Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra .................................................................................... ............................................................................................; (e, se nominato, del Fiduciario supplente, Sig./Sig.ra ............................................................................................................................................) e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.

11) [ ]  di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

...................................................., lì ......................................

*(luogo e data)*

#### IL DICHIARANTE

#### ...........................................................................

*(firma per esteso leggibile)*

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

***Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:***

***N.*** ...................................... ***del*** ...........................................

**RISERVATO ALL’UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .......................................................................................................................................................... di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità ................................................................................................................................................................

...................................................., lì ......................................

#### ...........................................................................

 *Visto:* il Funzionario ricevente