

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome	Nome	Codice fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	Prov	Stato	Data nascita	Sesso (M/F)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residente in	Prov	Stato	Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo residenza	N. civico	CAP		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### AFFERMA

- nella piena capacità di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, il diritto e la volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari

### CHIEDE

- 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

### DICHIARAZIONI

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

### DICHIARA

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari

**Elenco volontà**

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

di prevedere 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 sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affida copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento, pertanto delega come proprio fiduciario

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Luogo di nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Stato</b>	<b>Data nascita</b>	<b>Sesso (M/F)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Residente in</b>	<b>Prov</b>	<b>Stato</b>	<b>Cittadinanza</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Indirizzo residenza</b>			<b>N. civico</b>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PEC (Domicilio elettronico)</b>	<b>Email (Posta elettronica)</b>		<b>Telefono fisso / cellulare</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Estremi documento soggiorno</b>	<b>Rilasciato da</b>	<b>II</b>	<b>Scadenza</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT				

### DICHIARA INOLTRE

di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

### ALLEGATI

Documento di identità in corso di validità

.....

Documento di identità in corso di validità fiduciario con firma autografa

.....

Altri allegati

.....

**Richiedente**