

Modulo

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(ART.4 DELLA LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Montebello della Battaglia in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ 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 veci 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:**

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via /piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

dichiaro

di esprimere la seguente **volontà** in merito ai trattamenti sanitari:

