

MODELLO n.1**Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari**

Al Comune di Torre Mondovì - Ufficio dello Stato Civile

Piazza Umberto Mellino n. 1

12080 Torre Mondovì (CN)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il ____ | ____ | ____ | residente a **TORRE MONDOVI'** Provincia **CN** C.A.P. **12080**

in via/piazza_____ n. _____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Telefono_____ Cellulare_____

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 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:

- Cognome e nome _____

- nato/a a _____ Provincia _____ il ____ | ____ | ____ |
residente a _____ Provincia _____ - in
via/piazza_____ n. _____ C.A.P. _____

- Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

- Telefono_____ Cellulare_____ E-mail_____

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

Esprimo la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari:

Dichiaro:

- 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:

- espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati 679/2016/UE "GDPR";
 - 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 Torre Mondovì.

Torre Mondovì, _____

Firma del disponente

Firma del fiduciario



COMUNE DI TORRE MONDOVÌ

PROVINCIA DI CUNEO

MODELLO N. 2

Richiesta di iscrizione al registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento – D.A.T. (art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il ____ | ____ | ____ | residente a **TORRE MONDOVÌ** Provincia **CN** C.A.P. **12080**

in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di Torre Mondovì;

di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

redatto scrittura privata a forma libera;

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;

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 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;
- 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;
- di essere consapevole che ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati 679/2016/UE "GDPR" il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà 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;

Torre Mondovì, _____

Firma del disponente

Parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____ di fronte all'ufficiale di stato
civile, previa identificazione con documento _____
n° _____ rilasciato da _____ il
_____ e registrata al n° _____ in data odierna.

Torre Mondovì, _____

Timbro e firma _____



COMUNE DI TORRE MONDOVÌ

PROVINCIA DI CUNEO

MODELLO N. 3

Dichiarazioni anticipate di trattamento (D.A.T.) – accettazione fiduciario (art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il ____ | ____ | ____ | residente a _____ Provincia _____

in _____ via/piazza _____ n. _____
C.A.P. _____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

di aver accettato la nomina di fiduciario nella Dichiarazione Anticipata al Trattamento (DAT) redatta dal disponente di seguito indicato:

di essere consapevole che ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati 679/2016/UE "GDPR" il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà 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 di tutela del diritto alla riservatezza;

di essere a conoscenza che il ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) potrà essere effettuato esclusivamente dal disponente o dal fiduciario indicato dallo stesso disponente.

Torre Mondovì, _____

Firma del fiduciario

Parte riservata all'ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accorto mediante_____

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 con allegato documento.

Torre Mondovì, _____

Timbro e firma _____



COMUNE DI TORRE MONDOVÌ

PROVINCIA DI CUNEO

Revoca incarico di fiduciario

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il ____ | ____ | ____ | residente a **TORRE MONDOVÌ** Provincia **CN** – CAP **12080**

in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Disposizioni attuative della L.219/2017

R E V O C A

l'incarico di fiduciario al/la sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Torre Mondovì, _____

Firma del disponente

Parte riservata all'ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accortato mediante _____

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 con allegato documento.

Torre Mondovì, _____

Timbro e firma _____



COMUNE DI TORRE MONDOVÌ

PROVINCIA DI CUNEO

Rinuncia incarico di fiduciario

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Disposizioni attuative della L.219/2017

RINUNCIA

All'incarico di fiduciario per il/la sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Torre Mondovì, _____

Firma del fiduciario

Parte riservata all'ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accorto mediante _____

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 con allegato documento.

Torre Mondovì, _____

Timbro e firma _____