



Comune di Cavarzere

Città Metropolitana di Venezia

Via Umberto I° n. 2 – 30014 Cavarzere (VE) – P.IVA e C.F. 00194510277

Ufficio di Stato Civile

Tel.: 0426 317135

e-mail: statocivile@comune.cavarzere.ve.it

www.comunecavarzere.it

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,

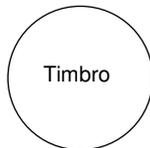
DICHIARA

- 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:
.....
.....
- 3) 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:
.....
.....
- 4) di aver consegnato al fiduciario - fiduciario supplente una copia della DAT;

- 5) 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;
- 6) di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) Di aver prima d'ora acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte;
- 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