

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di TREBASELEGHE

OGGETTO: **Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT –
(da allegare all'esterno della BUSTA CHIUSA contenente le stesse)
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

IL/La sottoscritto/a	(nome)	(cognome)
Nato/a		Il
Residente a		In via /p.zza
Cittadino/a	(nazionalità)	(codice fiscale)
Telefono		
e-mail / P.E.C.		

CONSEGNA

le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT (in busta chiusa), documento autonomamente redatto dal sottoscritto nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, così come previsto dall'art. 4, comma 1, della legge 22 dicembre 2017, n. 219; e ciò in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi.

A tal fine,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di TREBASELEGHE (PD)
- che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ e residente nel Comune di _____, in via _____, e che anche costui ha provveduto a sottoscrivere - per accettazione della nomina - le DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) che vengono consegnate all'Ufficio di Stato Civile del Comune di Trebaseleghe unitamente alla presente richiesta;
- di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT e 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 e che sarà cura esclusiva del sottoscritto darne notizia all'Ufficio di Stato Civile del Comune ove il sottoscritto risiede;

oppure

- 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 informato che ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega:

- Le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT (in busta chiusa)**;
- Fotocopia del proprio **documento di riconoscimento in corso di validità**;
- Fotocopia della propria **tessera sanitaria in corso di validità**.

[Si] - [No] "Nomina fiduciario" (Mod. 2) ed "accettazione incarico di fiduciario" (Mod. 3) (*);

Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

(*) qualora la nomina del fiduciario non sia stata formalizzata – con relativa accettazione - nell'atto contenente le DAT e venga invece espressa al momento della consegna delle stesse.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di accettazione e stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data



L'Ufficiale dello Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a:

Sig. / Sig.ra	(nome) _____	(cognome) _____
Nato/a	_____	Il _____
Residente a	_____	In via /p.zza _____

sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Data _____



L'Ufficiale dello Stato Civile
