

ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE DEL  
**COMUNE DI PALMI**  
Servizi Demografici  
Piazza Municipio n. 1  
**89015 PALMI**

**OGGETTO: Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento DAT (art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219). Domanda di iscrizione.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

numero di telefono: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

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,

**D I C H I A R A**

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 non esistono sue precedenti disposizioni in materia.
3.  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;

*oppure*

4.  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:  
.....
5. di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
6. 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;
7. di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
8. 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;

9. 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 che tale busta è stata da me sigillata.
10. 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.
11. Di avere preso visione dell'informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale e, conseguentemente:
- di prestare il proprio consenso all'invio** di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute.
  - di non prestare il proprio consenso all'invio** di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute.

Palmi, li .....

**IL DICHIARANTE**

.....

*(firma per esteso leggibile e resa presso gli Uffici comunali competenti)*

*Si allega Accettazione della Nomina del Fiduciario.*



---

**TAGLIANDO DA APPORSI SULLA BUSTA CHIUSA DEPOSITATA AL COMUNE**

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

N. .... del .....

La domanda di iscrizione al Registro è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....di fronte al sottoscritto incaricato del Comune di Palmi.

PALMI, li ..... Firma:

Timbro:

---



**RICEVUTA PER DICHIARANTE**

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

N. .... del .....

Si attesta che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha depositato in busta chiusa ed in data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ dichiarazione contenente DAT.

Per il Comune di Palmi:

Timbro:

Data:

---



**RICEVUTA PER FIDUCIARIO**

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

N. .... del .....

Si attesta che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di Fiduciario del Sig. \_\_\_\_\_ ha  
depositato accettazione di nomina ed è legittimato in caso di necessità a ritirare la busta contenente le DAT.

Per il Comune di Palmi:

Timbro:

Data: