

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219) e modalità di raccolta delle D.A.T. (Decreto 10 dicembre
2019, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 13 del 17 gennaio 2020)

Io sottoscritto/a DISPONENTE,

cognome e nome (*)

nato/a a (*)

il (*)

residente a Levico Terme (TN) in (*)

cap 38056

codice fiscale (*)

tel.

e-mail (*)

(*) campi obbligatori

(indicare un indirizzo email valido per essere informati sulla modifiche alla DAT)

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 essere persona maggiorenne capace di intendere e di volere;
- di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari al responsabile del Comune di Levico Terme;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento, come previsto dall'art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui la DAT non contenga l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, la DAT mantiene efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;
- di aver preso visione dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento U.E. 2016/679, esposta per esteso presso gli Uffici del Comune di Levico Terme e conseguentemente di autorizzare il trattamento delle informazioni rese;
- di autorizzare l'inserimento dei dati (1) del disponente, compresa l'autorizzazione alla scansione della DAT, nella **banca dati nazionale** (2) istituita presso il Ministero della Salute;

dichiara inoltre (barrare con "X")

☐ di nominare come 1° FIDUCIARIO il/la sig./sig.ra:

cognome e nome (*) _____

nato/a a (*) _____ il (*) _____

residente a (*) _____ (_____) cap (*) _____

in (*) _____ , codice fiscale (*) _____

tel. _____ e-mail (*) _____

che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Il fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

☐ di nominare come 2° FIDUCIARIO il/la sig./sig.ra:

cognome e nome (*) _____

nato/a a (*) _____ il (*) _____

residente a (*) _____ (_____) cap (*) _____

in (*) _____ , codice fiscale (*) _____

tel. _____ e-mail (*) _____

che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Il fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

☐ di nominare come 3° FIDUCIARIO il/la sig./sig.ra:

cognome e nome (*) _____

nato/a a (*) _____ il (*) _____

residente a (*) _____ (_____) cap (*) _____

in (*) _____ , codice fiscale (*) _____

tel. _____ e-mail (*) _____

che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Il fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

(*) campi obbligatori

☐ di aver consegnato al/ai fiduciario/i una copia della DAT, debitamente firmata.

Levico Terme, _____

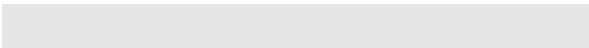
Firma DISPONENTE _____

Per accettazione alla **nomina di fiduciario** e contestuale dichiarazione:

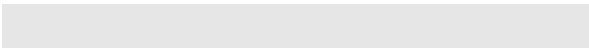
- di essere persona maggiorenne capace di intendere e di volere;
- di accettare la **nomina come fiduciario** per il disponente sopraindicato;
- di aver preso visione dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento U.E. 2016/679, esposta per esteso presso gli Uffici del Comune di Levico Terme e conseguentemente di autorizzare il trattamento delle informazioni rese;
- di autorizzare l'inserimento dei dati, nella **banca dati nazionale** istituita presso il Ministero della Salute.

Levico Terme, 

Firma 1° FIDUCIARIO/A _____

Levico Terme, 

Firma 2° FIDUCIARIO/A _____

Levico Terme, 

Firma 3° FIDUCIARIO/A _____

Allegati:

- copia fotostatica del documento d'identità del disponente e del/i fiduciario/i se nominato/i
- copia fotostatica del codice fiscale del disponente e del fiduciario se nominato

(1) Come previsto dagli adempimenti dall'art. 11 del D.M. del 10 dicembre 2019, n. 168, da parte degli Uffici di Stato Civile del Comune di residenza, a partire dalla data del 1° febbraio 2020.

(2) La **banca dati nazionale** ha la funzione di raccogliere copia delle disposizioni anticipate di trattamento, garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurare la piena accessibilità delle DAT sia da parte del medico che ha in cura il paziente, in situazioni di incapacità di autodeterminarsi, sia da parte del disponente sia da parte del fiduciario da lui nominato. La banca dati registra anche copia della nomina dell'eventuale fiduciario e dell'accettazione o della rinuncia di questi ovvero della successiva revoca da parte del disponente.