

Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

ai sensi della legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Medolago (BG) in via _____

dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, e nella mia piena capacità di intendere e di volere (*barrare per conferma*)

dichiaro

di consegnare PERSONALMENTE presso l'Ufficio di Stato Civile di Medolago una scrittura privata non autenticata contenente le mie disposizioni anticipate di trattamento (DAT), riguardanti le mie volontà in materia di trattamenti sanitari, consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari, e da me sottoscritte in data _____;

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;

oppure

di aver indicato quale FIDUCIARIO il sig. /la sig.ra:

_____ nato/a a _____ il _____

residente a _____

persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, che ha ACCETTATO la nomina attraverso la sottoscrizione delle DAT stesse o con atto successivo che allego alle DAT, e a cui ho personalmente rilasciato copia delle stesse;

di essere in possesso di una copia delle DAT;

di essere a conoscenza che ai sensi del d.lgs. 196/2003 le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Allego a tal fine: - **copia della carta di identità** - **DAT** **in busta chiusa** **in busta aperta**

Medolago, _____

Firma

UFFICIO DI STATO CIVILE

Dichiaro di aver ricevuto in data odierna le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) della persona di cui sopra, residente in Medolago.

Medolago, _____

L'Ufficiale dello Stato Civile
