

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – D.A.T.**  
(Art.4 legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Desenzano del Garda in via/piazza \_\_\_\_\_  
documento d'identità n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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,

**DICHIARO**

- di consegnare al Comune di Desenzano del Garda, debitamente compilata e sottoscritta con firma autografa, la Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari;
- di nominare quale fiduciario per rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il sig./sig.ra:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ documento d'identità n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario non venga indicato, rinunci, sia incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia ma 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 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;
- di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- di essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

Desenzano del Garda, \_\_\_\_\_

Firma dell'**intestatario** \_\_\_\_\_

Firma del **fiduciario** \_\_\_\_\_ (per accettazione della nomina)

*N.B. La dichiarazione deve essere firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla. Se la firma è apposta separatamente, va allegata la copia non autenticata di un documento di identità.*

**Ricevuta dell'ufficio di Stato Civile**

Accertatomi dell'identità e residenza del/della disponente sig./sig.ra \_\_\_\_\_

ricevo la relativa Disposizione anticipata di trattamento, che viene inserita al n. \_\_\_\_\_ dell'apposito registro.

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro dell'ufficio \_\_\_\_\_