



*Teano*

*Provincia di Caserta*

*Teano Città dello Storico Incontro - 26 ottobre 1860*

Mod. 2

Prot. Gen.le n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Ufficio dello Stato Civile  
Comune di Teano**

**Iscrizione al registro  
delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

*(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso

M

F

nato/a a .....

(specificare anche lo Stato, se estero) il .....

attualmente residente a ....., in

Via ..... n. ....

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,

**DICHIARA**

1) che in data ...../...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);

2) di consegnare in plico sigillato all'Ufficio di Stato Civile del Comune di TEANO(CE) per il deposito nel predetto ufficio, 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;

3) 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:

sig..... nato a .....

residente a ..... in via ..... n. ....

4) che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 2) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell'impossibilità di adempiere, è il seguente:

sig..... nato a .....

..... il ...../...../..... residente a .....

..... in via ..... n. ....

- 5) di aver consegnato al
- o fiduciario
  - o fiduciario supplente

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 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;

10) Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione comunale;

11) 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, se nominato, del Fiduciario supplente, Sig./Sig.ra ..... ) e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.

12) che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:

- il medico di famiglia del dichiarante
- i medici che avranno in cura il dichiarante
- il fiduciario e dal supplente del fiduciario
- il notaio che ha rogato l'atto
- i seguenti eredi .....
- .....

13) 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 e di autorizzare pertanto il Comune di Sorso al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

....., li .....

(luogo e data)

Timbro

**IL DICHIARANTE**

.....  
(firma per esteso leggibile)

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

**N. .... del .....**

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....  
di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità .....

....., li .....

.....  
Visto: il Funzionario ricevente