

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 38 e 47 DPR 445/2000)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Ospitaletto (BS) in via/piazza/vicolo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
documento d'identità \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ agli effetti  
dell'art.47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso  
di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARO**

- Di consegnare in data \_\_\_\_\_ al Comune di Ospitaletto, 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./ra \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
documento d'identità \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_;
- Di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario non venga indicato, rinunci, sia incapace o 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 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;
- Che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti (specificare: *medico di famiglia, medico curante, fiduciario, eredi*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- Di essere consapevole che ai sensi del D.Lgs.196/2003 il trattamento delle informazioni rese sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto della riservatezza.

Ospitaletto, \_\_\_\_\_

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

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Accertatomi dell'identità e residenza del disponente, Sig./ra \_\_\_\_\_  
ricevo la relativa Disposizione anticipata di trattamento, che viene inserita al n. \_\_\_\_\_ dell'apposito Registro.

Ospitaletto, \_\_\_\_\_

L'Ufficiale di Stato Civile  
\_\_\_\_\_