

Spett. le Ufficio di Stato Civile  
Servizi Demografici  
COMUNE DI BUDRIO

**Richiesta di iscrizione al registro comunale delle  
Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)  
(ai sensi della legge 219/2017)**

Io sottoscritto.....

nato a.....il.....residente a Budrio

in via .....Codice fiscale.....

Recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

Vista la legge 22 dicembre 2017, n. 219, “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte;

Consapevole che, ai sensi del D.lgs. n. 193/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti

**Chiedo**

**l'iscrizione nel registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (dichiarazioni di volontà relative ai trattamenti sanitari) e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento, redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.**

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali di cui all.art. 76 del DPR 445/2000,

**Dichiaro**

[ ] di volere nominare il seguente fiduciario che mi rappresenti in modo conforme alle volontà espresse nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie nel momento in cui non fossi più in grado di confermare le mie intenzioni consapevolmente:

1) cognome e nome.....  
nato a.....il.....residente a .....  
in via .....codice fiscale.....  
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

OPPURE:

[ ] di non volere nominare nessun fiduciario

**Autorizzo** l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nel registro, in caso di richiesta da parte degli stessi, nonché il nominativo del fiduciario (se presente):  
(barrare le opzioni scelte)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coniuge                  | <input type="checkbox"/> Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato. |
| <input type="checkbox"/> Parenti fino al 2° grado | <input type="checkbox"/> Associazioni promotrici   |
| <input type="checkbox"/> Conviventi               | <input type="checkbox"/> Altro soggetto nominativamente individuato  |
| <input type="checkbox"/> Medici curanti           |  |
| <input type="checkbox"/> Medico di famiglia       |  |

**Dichiaro inoltre che :**

- sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca e che il cambio di residenza non comporta la cancellazione dal Registro;
- sono consapevole che il fiduciario potrà rinunciare alla nomina con atto scritto che dovrà essere comunicato a me e all'ufficio di stato civile ;
- sono consapevole che la revoca e/o la nomina di un nuovo fiduciario dovrà essere comunicata all'Ufficio di Stato Civile nelle medesime forme scritte a pena di nullità della stessa;
- una copia della DAT sarà consegnata a mia cura al fiduciario;
- **sarà mio onere informare l'ufficio in caso di variazione dei recapiti telefonici e/o di posta elettronica oltre che in caso di variazione del Comune di residenza.**

Budrio, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente istanza – dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./dalla Sig.ra

.....  
Identificato/a previa esibizione di documento d'identità.....

n.....rilasciato il .....da.....

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DAT E RIPORTATO SUL REGISTRO

COMUNALE: N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Budrio, li \_\_\_\_\_

Il Funzionario Incaricato  
\_\_\_\_\_