



COMUNE DI TREPUIZZI
Provincia di Lecce

Modulo

Al comune di TREPUIZZI
Ufficio dello Stato Civile

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

lo sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Trepuzzi in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere,**

affermo solennemente

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la **nomina di un fiduciario**, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

pertanto **delego come mio fiduciario:**

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

