

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di CASIER

OGGETTO: **Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.**  
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quale "disponente"

### CHIEDE

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT e a tal fine

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di CASIER

che il fiduciario è il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT;

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 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;

- di essere informato che ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT in busta chiusa;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

"Nomina fiduciario" (Mod. 2) ed "accettazione incarico di fiduciario" (Mod. 3)<sup>(1)</sup>;

### AUTORIZZA

- che copia delle proprie DAT, **venga trasmessa**, ai sensi e per gli effetti della L. n. 219/2017 del Decreto n. 168/2019, alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 3 comma 2° del citato Decreto.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del disponente** (per esteso e leggibile)

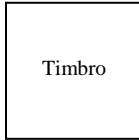
(1) Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



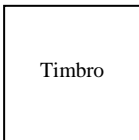
\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**

---

**RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE**

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a \_\_\_\_\_  
sono state registrate in data odierna al n. \_\_\_\_\_ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e  
saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**

---