

# Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

All'Ufficio di Stato Civile del Comune di Aglientu

Io sottoscritto Cognome ..... Nome .....  
 data di nascita ...../...../..... Stato di nascita .....  
 Comune di nascita ..... residente nello Stato .....  
 Comune..... indirizzo .....  
 CAP ..... Codice Fiscale .....  
 Telefono ..... Email .....@.....

**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

Cognome ..... Nome .....  
 data di nascita ...../...../..... Stato di nascita .....  
 Comune di nascita ..... residente nello Stato .....  
 Comune..... indirizzo .....  
 CAP ..... Codice Fiscale .....  
 Telefono ..... Email .....@.....

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

## DICHIARO

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari:

---



---



---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

di aver letto l'informativa privacy di cui al Regolamento europeo 679/2016 riguardante il presente procedimento e di acconsentire al trattamento dei dati;

a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Aglientu.

Aglientu, ...../...../.....

**Il disponente**

**Il fiduciario per accettazione nomina**

.....

.....

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante e del fiduciario.