

All'Ufficiale dello Stato Civile (Mod. 1)  
Del Comune di LISCATE

**Oggetto: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT**  
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Decreto Ministero della salute 10 dicembre 2019 n. 168)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in LISCATE (MI) – via \_\_\_\_\_

Cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_ 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:

1. Di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
2. Di essere residente nel Comune di LISCATE;
3. Che il fiduciario è il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;
4. Di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT;
5. 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;
6. 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 del codice civile;
7. Di essere informato di quanto previsto dal Regolamento UE 2019/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali;

Dichiara inoltre **di prestare** il proprio consenso alla trasmissione della DAT alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute

OPPURE

Dichiara inoltre **di NON prestare** il proprio consenso alla trasmissione della DAT alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – **DAT**;
- 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) (1)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità

Liscate, \_\_\_\_\_

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

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

All'Ufficiale dello Stato Civile (Mod. 2)  
Del Comune di LISCATE

**Oggetto: Nomina Fiduciario - Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT**  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Decreto Ministero della salute 10 dicembre 2019 n. 168)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in LISCATE (MI) – via \_\_\_\_\_

Cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

### **NOMINA**

Fiduciario il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ – via \_\_\_\_\_

Per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

Dichiara di essere informato di quanto previsto dal Regolamento UE 2019/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali;

Liscate, \_\_\_\_\_

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

**Oggetto: Accettazione della Nomina Fiduciario - Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Decreto Ministero della salute 10 dicembre 2019 n. 168)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in LISCATE (MI) – via \_\_\_\_\_

Cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**A C C E T T A**

La nomina di **Fiduciario** per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ – via \_\_\_\_\_

Per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Dichiara:

- Di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- Di essere informato di quanto previsto dal Regolamento UE 2019/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali

Liscate, \_\_\_\_\_

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