

# CONSEGNA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

**Ai sensi della Legge 22 dicembre 2017 n. 219**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di Pogliano Milanese**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in POGLIANO MILANESE (MI) in Via \_\_\_\_\_

indirizzo mail: \_\_\_\_\_

maggiorenne, capace di intendere e di volere, in qualità di disponente;

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

## D I C H I A R A

- 1) di avere redatto le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), contenenti le dichiarazioni relative alle mie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ad a singoli trattamenti sanitari;
- 2) che l'originale delle DAT è conservato presso il Comune di Pogliano Milanese;
- 3) di nominare quale fiduciario cui consegnare le disposizioni anticipate di trattamento:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono n. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

per il quale allego copia del documento di identità e che acconsente al trattamento dei dati personali;

- 4) che il suddetto fiduciario è autorizzato a ritirare la busta contenente le DAT, con esclusione di qualsiasi altro soggetto;
- 5) di **dare l'assenso** alla trasmissione delle mie DAT alla Banca dati nazionale detenuta presso il Ministero della Salute, con la procedura prevista a norma di Legge e ricevere notifica a mezzo mail;
- 6) di essere consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca;
- 7) di non aver reso altre Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Pogliano Milanese, \_\_\_\_\_

Il Disponente

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Allego copia del documento di identità

**Parte riservata all'ufficio:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Pogliano Milanese, incaricato alla tenuta ed aggiornamento delle DAT ai sensi della Legge 22.12.2017 n. 219

ATTESTA

- Che in data odierna il disponente, Sig./Sig.a \_\_\_\_\_ ha personalmente depositato presso il Comune di Pogliano Milanese le proprie DAT;
- che il sottoscritto Ufficiale di Stato Civile ha registrato, in data odierna, nel Registro Generale del Protocollo, le DAT depositate;
- che la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è stata sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, sopra generalizzato.
- Che le DAT consegnate verranno diligentemente conservate e trasmesse in copia telematica al Ministero della Salute, ai sensi di Legge.

Pogliano Milanese, \_\_\_\_\_

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

\_\_\_\_\_