

Istanza ai fini dell'iscrizione nel registro comunale delle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), relative ai trattamenti sanitari.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente nel Comune di Gossolengo al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

L'iscrizione nella banca Dati Nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento relative ai trattamenti sanitari, e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto, della Disposizione anticipata di trattamento (Dat) alla presente istanza, redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

#### DICHIARA

- di essere a conoscenza delle pene previste dall'art.76 del d.P.R. n.445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o di esibizione di atto falso contenente dati non più corrispondenti a verità;
- di aver compilato e sottoscritto il proprio testamento biologico allegato alla presente istanza;
- che le disposizioni contenute nel testamento biologico allegata alla presente istanza, sono state redatte in una delle seguenti forme:
  - atto pubblico davanti ad un notaio;
  - scrittura privata autenticata;
  - scrittura privata non autenticata.

- di aver nominato il Fiduciario, nella persona di:

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

- il quale ha già accettato la nomina ed é autorizzato a richiedere la mia disposizione, il cui nominativo verrà trasmesso alla Banca dati nazionale a cui potrà accedervi;

il quale NON ha ancora accettato la nomina, ed é autorizzato a richiedere la mia disposizione, ma il cui nominativo non verrà trasmesso alla Banca dati nazionali, a cui non potrà accedervi, sino all'accettazione della nomina;  di non aver nominato il fiduciario.

di aver nominato un Fiduciario supplente, il cui nominativo non verrà trasmesso alla Banca dati nazionale alla quale NON potrà accedervi, nella persona di:

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

il quale ha già accettato la nomina ed é autorizzato a richiedere la mia disposizione;

il quale NON ha ancora accettato la nomina, ed é autorizzato a richiedere la mia disposizione;

di non aver nominato il Fiduciario supplente.

Dichiara inoltre di essere consapevole:

che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca;

che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione;

che la propria Disposizione anticipata di trattamento può essere modificata in qualunque momento mediante consegna di nuova iscrizione nella Banca Dati Nazionale seguendo la stessa procedura iniziale.

Dichiara infine di:

Acconsentire                       Non acconsentire  
alla trasmissione alla Banca dati nazionale di copia della Dat depositata

Acconsentire                       Non acconsentire  
alla ricezione via mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale

Si allega: fotocopia di un documento d'identità personale del firmatario.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)