



## Modulo A

Al Comune di Grottammare  
Servizio dello Stato Civile

### Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219 – Decreto Ministero della Salute 10/12/2019, n. 168))

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

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

residente a Grottammare in via/piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

affermo, in previsione di una mia eventuale futura incapacità e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà di autodeterminarmi 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 **nomino come mio fiduciario:**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**che accetta la nomina e al quale:**  **ho consegnato**  non 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;

**acconsento**

a che i medici curanti informino sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, le seguenti persone:

---

---

---

---

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 Grottammare.

**dichiaro**

di essere consapevole che ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE 27/04/2016, n. 679: "Regolamento Generale sulla protezione dei dati" e dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza; Il titolare del trattamento è il Comune di Grottammare; il responsabile del trattamento è l'Ufficiale dello Stato Civile incaricato.

Grottammare, \_\_\_\_\_

Firma **dichiarante** \_\_\_\_\_

Firma **fiduciario** \_\_\_\_\_ (per accettazione della nomina)