



Comune di Pantelleria

Provincia di Trapani
P.zza Cavour , n. 15– 91017 Pantelleria (TP)
SERVIZI DEMOGRAFICI-STATO CIVILE
Tel. 0923695049
servizidemografici@comunepantelleria.it
statocivile@comunepantelleria.it
PEC stato.civile@pec.comunepantelleria.it

ISTANZA DI DEPOSITO PRESSO IL COMUNE DI PANTELLERIA DELLA DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI (D.A.T.)

Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

All'Ufficiale dello Stato Civile del
Comune di Pantelleria

PARTE RISERVATA AL DICHIARANTE

Il sottoscritto

Dati del richiedente sottoscrittore della DAT	Cognome _____ nome _____
	Comune di nascita _____ stato _____
	Data di nascita _____
	Residente a Pantelleria in _____
	Tel.: _____ mail _____ <i>(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)</i>

CHIEDE

in qualità di **DISPONENTE**, il deposito, l'iscrizione nel registro comunale e la conservazione delle **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**, che in data odierna vengono consegnata all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Pantelleria

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, in attuazione della legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" quanto segue:

- Di aver compilato e sottoscritto il proprio testamento biologico allegato alla presente istanza nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta
- Che tali disposizioni allegare alla presente istanza, sono state redatte in una delle seguenti forme:
 - ATTO PUBBLICO davanti al Notaio _____
 - SCRITTURA PRIVATA autenticata dal Notaio _____
 - SCRITTURA PRIVATA non autenticata
- Di aver nominato il seguente fiduciario, maggiorenne e capace di intendere e di volere che faccia le proprie veci e che lo rappresenti nelle relazioni con i medici e le strutture sanitarie nel caso di una futura incapacità del sottoscritto di autodeterminazione
- Che al fiduciario che segue è stata consegnata una copia delle DAT come indicato all'art. 4 c. 2 della l. 219/17

Fiduciario	Cognome _____ nome _____
	Comune di nascita _____ stato _____
	Data di nascita _____ cittadinanza _____
	Residente a _____ in _____
	Tel.: _____ mail _____ <i>(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)</i>

Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- la cancellazione della propria posizione potrà avvenire solo per espressa revoca del sottoscritto;
- il fiduciario potrà ottenere la sua cancellazione previa dichiarazione controfirmata dal sottoscritto per conoscenza;
- la propria Dichiarazione Anticipata di Trattamento può essere modificata in qualunque momento, e ciò sarà possibile a seguito del ritiro della busta chiusa precedentemente consegnata e di una nuova iscrizione al Registro seguendo la stessa procedura iniziale;
- il Comune di Pantelleria e i soggetti preposti alla tenuta del Registro non possono essere chiamati a rispondere per il contenuto, l'efficacia, l'opponibilità e qualsiasi altro effetto delle dichiarazioni il cui deposito è attestato nella presente dichiarazione

AUTORIZZA INOLTRE IL COMUNE DI PANTELLERIA

- Al trattamento dei dati personali di qualsiasi natura ivi compresi quelli così detti sensibili, e identificativi necessari al presente procedimento
- **All'inoltre dei propri dati senza altra formalità con la sola informativa al sottoscritto in caso vengano istituiti registri sanitari nazionali**

Firma del dichiarante

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Data _____ firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile _____

Dichiarazione fiduciario
PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Come da generalità sopra indicate

DICHIARA

Di essere consapevole

- che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici;
- dell'obbligo di comunicare al Comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l'aggiornamento del Registro;
- che i soggetti preposti alla tenuta del Registro Comunale non possono essere chiamati a rispondere per il contenuto, l'efficacia, l'opponibilità e qualsiasi altro effetto delle dichiarazioni il cui deposito è attestato nella presente dichiarazione.

Pantelleria, _____

Firma del dichiarante

La suddetta dichiarazione è stata resa **e sottoscritta in mia presenza** dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art. 38 c.3 del DPR 445/2000

Data _____ firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile _____

ALLEGATI:

- Busta chiusa contenente la D.A.T.
- Copia del documento di identità del disponente e del fiduciario