



**Città di Vigevano**  
**Settore Servizi alla Città**  
**Unità Stato Civile**

REGISTRO D.A.T.  
N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE  
\_\_\_\_\_

PROTOCOLLO

### **Istanza di deposito delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento - D.A.T.**

(art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

Il sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Vigevano in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
tipo documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16.01.2018)

#### **chiede**

di consegnare e conservare le proprie **DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)** all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Vigevano in busta aperta

#### **dichiara**

a tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), 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;
- ☐ di avere inserito nella busta che si deposita le proprie Dichiarazioni Anticipate di Trattamento contenenti la volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, debitamente sottoscritte con firma autografa, unitamente a copia del proprio documento di identità e copia di valido documento di identità del fiduciario;
- ☐ di aver individuato il fiduciario, maggiorenne, capace di intendere e di volere, che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie nel caso di una futura incapacità del sottoscritto di autodeterminazione, nella persona di:

1) sig./sig.ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_;

#### **(oppure)**

- ☐ 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 I del Codice civile;

- ☐ che il fiduciario ha accettato la nomina mediante:
  - ☐ sottoscrizione delle DAT;
  - ☐ con atto successivo, allegato alle DAT;
- ☐ che al fiduciario è stata consegnata una copia delle DAT, come indicato all'art. 4, comma 2 della Legge 219/17;
- ☐ di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato o modificato in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione, mediante istanza di revoca o di modifica da presentare all'Ufficio dello Stato Civile del Comune di Vigevano;
- ☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla volontà espressa;
- ☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere modificate in ogni momento e ciò sarà possibile a seguito di nuova richiesta di deposito, seguendo la medesima procedura iniziale;
- ☐ di essere a conoscenza che le DAT depositate possono essere revocate in ogni momento e ciò potrà avvenire solo per espressa richiesta del disponente mediante compilazione e sottoscrizione di apposita istanza;
- ☐ di aver preso visione delle **note informative** pubblicate sul sito istituzionale del Comune di Vigevano nella sezione dedicata alle DAT,

### **dichiara**

inoltre di essere consapevole che, ai sensi 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 è stata rilasciata e sarà improntata a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

### **dichiara**

infine che, ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute, come previsto dal Decreto n. 168 del 10/12/2019, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 il 17/01/2020, entrato in vigore il 01/02/2020,

☐ acconsente

☐ non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della Salute, ed indica di seguito il proprio recapito di posta elettronica, autorizzando così il suddetto Dicastero all'invio delle previste comunicazioni:

---

Vigevano, \_\_\_\_\_

Firma del/la disponente

---

