

## Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

ai sensi della legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a a

il (gg/mm/aaaa)

residente a Brembate di Sopra (Bg) in via

nr.

dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, e nella mia piena capacità di intendere e di volere (*barrare per conferma*)

### DICHIARO

di consegnare PERSONALMENTE presso l'Ufficio di Stato Civile di Brembate di Sopra una scrittura privata non autenticata contenente le mie disposizioni anticipate di trattamento (DAT), riguardanti le mie volontà in materia di trattamenti sanitari, consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari, e da me sottoscritte in data

(gg/mm/aaaa)

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;

### OPPURE

di aver indicato quale FIDUCIARIO il sig. /la sig.ra:

cognome

nome

nato/a a

il (gg/mm/aaaa)

residente a Brembate di Sopra (Bg) in via

nr

persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, che ha ACCETTATO la nomina attraverso la sottoscrizione delle DAT stesse o con atto successivo che allego alle DAT, e a cui ho personalmente rilasciato copia delle stesse;

di essere a conoscenza che ai sensi del d.lgs. 196/2003 le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Allego a tal fine:

- copia della carta di identità dei sottoscrittori
- DAT

Brembate di Sopra, (gg/mm/aaaa)

Firma

\_\_\_\_\_

Firma del fiduciario  
(eventuale)

\_\_\_\_\_

---

### UFFICIO DI STATO CIVILE

Dichiaro di aver ricevuto in data odierna, in busta chiusa, le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) della persona di cui sopra, residente in Brembate di Sopra.

Brembate di Sopra, (gg/mm/aaaa)

L'Ufficiale dello Stato Civile

\_\_\_\_\_