

Mod.1

All'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di

Santa Margherita di Belice

OGGETTO: **Istanza di consegna** delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) ai sensi dell'art.4, comma 6, della legge 219 del 22 dicembre 2017.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____ pec _____

quale "disponente"

CHIEDE

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento ed a tal fine,

DICHIARA

ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali discendenti dalle dichiarazioni false e mendaci:

- ✓ di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- ✓ di essere residente nel Comune di Santa Margherita di Belice;

che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT;

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 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;

- ✓ di essere informato che ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega:

- ✓ le proprie disposizioni anticipate di trattamento;
- ✓ fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

Nomina fiduciario (Mod.2) ed accettazione incarico di fiduciario (Mod.3)

qualora la nomina del fiduciario non sia stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

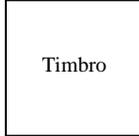
Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____

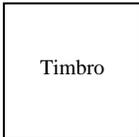


L'Ufficiale dello Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____
sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e
saranno conservate presso l'Ufficio dello Stato Civile di questo Comune.

Data _____



L'Ufficiale dello Stato Civile

Mod.2

All'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di
Santa Margherita di Belice

OGGETTO: **Nomina fiduciario** ai sensi dell'art.4 comma 2 della legge 219 del 22 dicembre 2017.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____

NOMINA

fiduciario il/la Sig./ra _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____,

per le finalità connesse all'applicazione della legge 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

DICHIARA di essere informato che ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

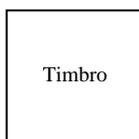
Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____



L'Ufficiale dello Stato Civile

Mod.3

All'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di
Santa Margherita di Belice

OGGETTO: **Accettazione della nomina di fiduciario** ai sensi dell'art.4 comma 2 della legge n.219 del 22 dicembre 2017.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____

ACCETTA

la nomina di fiduciario per il Sig./ra _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____,
per le finalità connesse all'applicazione della legge n.219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di
consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

DICHIARA di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in
qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

DICHIARA, altresì, di essere informato che ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono
prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per
tale scopo.

Data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di accettazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal fiduciario della cui
identità mi sono accertato mediante _____

_____.

Data _____

Timbro

L'Ufficiale dello Stato Civile
