

Dichiarazione di volontà in materia di disposizioni anticipate di trattamento

**Al Comune di Barberino di Mugello
Ufficio Stato Civile
Viale della Repubblica, 24
50031 Barberino di Mugello (FI)**

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

Visti:

- l'art. 32 della Costituzione Italiana (*"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*);

- l'art. 9 della *Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina* stipulata ad Oviedo il 4/4/1997 e ratificata in Italia con la legge n.145 del 28/3/2001;

- l'art. 16 del Codice deontologico dell'Ordine dei medici sull'astensione all'accanimento diagnostico-terapeutico;

- la legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

DISPONGO QUANTO SEGUE

Scelta per i trattamenti sanitari (ovvero nutrizione e idratazione artificiale):

Scelta in merito ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari:

altre eventuali disposizioni: _____

Firma del disponente _____

Avvalendomi della facoltà di nominare un fiduciario (art. 4 Legge 219/2017). (*)

Allo scopo di attuare le volontà espresse nella presente dichiarazione e di rappresentarmi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie.

NOMINO COME FIDUCIARIO/A

il/la sig./ra _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva Dichiarazione di volontà, che annulla le precedenti.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

() In mancanza di espressa nomina del fiduciario del DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente.*

Luogo e data.....

Firma del/la dichiarante.....

PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A:

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

ACCETTO

la suddetta nomina come fiduciario/a e mi impegno a garantire le volontà espresse dal dichiarante nel presente documento, consapevole che l'incarico a me affidato può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente senza obbligo di motivazione. Dichiaro altresì di essere consapevole che posso rinunciare alla presente nomina con successivo atto scritto da comunicare al disponente.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data.....

Firma del/la fiduciario/a.....

La presente Dichiarazione deve essere scritta in forma leggibile e consegnata PERSONALMENTE all'Ufficio con allegata copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del fiduciario (qualora nominato) a:

Ufficio di Stato Civile – Via

Orari:

Informazioni: tel.

Per il "fiduciario":

() Allego alla presente: fotocopia del mio documento di riconoscimento