



COMUNE DI CASTELCVITA

(Provincia di Salerno)
Piazza Umberto I, n. 4 84020 – CASTELCVITA - (SA)
tel. 0828-975009 - fax 0828-975486
PEC : ufficiotecnico.castelvita@asmepec.it

Modulo

Al Comune di Castelvita
Servizio Demografico ed ausiliario

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. (art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Castelvita in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere,**

affermo solennemente

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la **nomina di un fiduciario**, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

pertanto **delego come mio fiduciario:**

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;

