



**COMUNE DI LA LOGGIA**  
**Città metropolitana di Torino**

*Servizio Demografico*

**Iscrizione al registro**  
**delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**

*(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso M  F

nato/a a .....

(specificare anche lo Stato, se estero) il .....

residente a LA LOGGIA, in Via ..... n. ....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 delle Disposizioni attuative della Legge 219/2017, definite con deliberazione della Giunta Comunale n. 100 del 22.11.2018

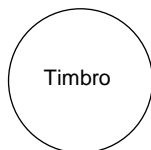
**DICHIARA**

- 1)  di consegnare in busta chiusa sigillata, con propria firma apposta sui lembi, la propria disposizione anticipata di trattamento, debitamente sottoscritta con firma autografa, (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- 2)  che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che accetta il ruolo (come da sua dichiarazione allegata) e che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:  
.....  
.....
- 3)  di aver consegnato al fiduciario signor/a ..... una copia della DAT;
- 4)  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;
- 5)  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;



- 6)  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 mia volontà;
- 7)  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;
- 8)  Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra .....; e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 9)  di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., li .....  
(luogo e data)



**IL DICHIARANTE**

.....  
(firma per esteso leggibile)

**COMUNE DI LA LOGGIA – SERVIZI DEMOGRAFICI**

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

**N. .... del .....**

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....  
di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità .....  
....., li .....

**L'UFFICIALE DI STATO CIVILE delegato**