



## COMUNE di SAN BARTOLOMEO in GALDO

Provincia di Benevento  
Corso Roma, 30 – 82028 – C.F./P.IVA 00696400621  
Tel. 0824.824638-24-27 – Fax 0824.824650  
P.e.c.: [demografici.sanbartolomeoingaldo@asmepec.it](mailto:demografici.sanbartolomeoingaldo@asmepec.it)  
SETTORE AMMINISTRATIVO – Servizi Demografici

### Iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) ai sensi della Legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... residente a **S. Bartolomeo**  
in via ..... Codice fiscale ..... **in Galdo**  
Recapito telefonico ..... indirizzo e-mail .....

#### Chiedo

(*barrare per conferma*)  **dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte** l'iscrizione nel registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e la conservazione della busta contenente il documento redatto nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Indico di seguito la persona di mia fiducia che mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e alla quale, in caso di bisogno, il Comune consegnerà il documento contenente le mie DAT:

il/la sig./ra (cognome e nome) .....  
nato/a a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... Codice fiscale .....  
Recapito telefonico ..... indirizzo e-mail .....

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario risulta dalla sottoscrizione (*indicare la scelta*):

- della presente istanza;  
 del documento contenente le DAT.

(*Se il fiduciario non è presente all'atto della consegna dell'istanza, il dichiarante deve produrre copia del suo documento d'identità*)

Il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto. Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.

Sono consapevole che in assenza di nomina o di rinuncia del fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare e che la revoca del fiduciario dovrà essere fatta con le stesse modalità previste per la nomina, senza obbligo di motivazione.

Sono inoltre a conoscenza della possibilità di ottenere la cancellazione dal registro della mia posizione e di ritirare le mie DAT previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

Data .....

Firma del dichiarante .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

Firma del Fiduciario per accettazione dell'incarico .....

Identificato previa esibizione di documento d'identità ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

**Autorizzo inoltre il Comune di SAN BARTOLOMEO IN GALDO, in conformità a quanto sopra indicato e più in generale secondo quanto previsto ex D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali di qualsiasi natura ivi compresi quelli c.d. sensibili, e identificativi.**