



## COMUNE DI BUCCHERI

(Libero Consorzio Comunale di Siracusa)

Piazza Toselli n.1-96010 Buccheri

e-mail [servizidemografici@comune.buccheri.sr.it](mailto:servizidemografici@comune.buccheri.sr.it)

pec: [statocivile@pec.comune.buccheri.sr.it](mailto:statocivile@pec.comune.buccheri.sr.it)

Intestatario

### Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento - D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

lo sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a **BUCCHERI** in via/piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

#### dichiaro

di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di **BUCCHERI** e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

di aver consegnato al fiduciario una copia della 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 essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

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;

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

Prot. 7354  
DELL' 8-10-2017

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

BUEENRY \_\_\_\_\_

Firma intestatario \_\_\_\_\_

Firma fiduciario \_\_\_\_\_

---

*Parte riservata all'ufficio*

**Identificazione dell'intestatario**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da \_\_\_\_\_

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

registrazione n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

BUEENRY \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_



**COMUNE DI BUCCHERI**  
(Libero Consorzio Comunale di Siracusa)  
SERVIZI DEMOGRAFICI

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di BUCCHERI

Oggetto: **Nomina fiduciario.**  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il sottoscritto  
nato in \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
cittadino ITALIANO codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**NOMINA**

fiduciario Il Sig. \_\_\_\_\_  
nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".  
Di essere informato che ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

BUCCHERI, /

\_\_\_\_\_  
Firma del disponente (per esteso e leggibile)



**COMUNE DI BUCCHERI**  
(Libero Consorzio Comunale di Siracusa)  
SERVIZI DEMOGRAFICI

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di BUCCHERI

Oggetto: Accettazione della nomina di fiduciario.  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il sottoscritto

nato in

residente a

cittadino ITALIANO codice fiscale

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**A C C E T T A**

la nomina di fiduciario per Il Sig.

nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

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

- 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;
- di essere informato che ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

BUCCHERI,

\_\_\_\_\_  
Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)