

Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) - L. 219/2017

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome)

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il

e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

- essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, in totale libertà di scelta e avendo avuto adeguate informazioni mediche, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora, in futuro, mi accadesse di perdere, anche temporaneamente, la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni;
- consapevole accetto che il mio rifiuto di determinati trattamenti possa comportare come esito la morte;
- dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico

2. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico

In caso di malattia o lesione traumatica cerebrale che determini una perdita di coscienza definibile come persistente e irreversibile:

☐ Voglio ☐ Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

Oppure

☐ Voglio ☐ Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

In caso di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte:

☐ Voglio ☐ Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

Disposizioni particolari

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione.

Rilascio i seguenti consensi:

- consenso al trattamento dei dati*
- presa visione informativa*
- consenso alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale
- consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito*

***obbligatorie**

Luogo, data

Firma (per esteso e leggibile)

Nomina del Fiduciario

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome)

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il

e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Nomino quale mio fiduciario/a ai sensi dell'art. 4 della legge n. 219/2017

Il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

Nato/a a _____ il _____ e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Luogo, data

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

Accettazione del Fiduciario

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome)

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il

e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Accetto

l'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

Nato/a a _____ il _____ e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Rilascio i seguenti consensi:

- consenso al trattamento dei dati*

*obbligatoria

Luogo, data

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

Revoca del Fiduciario

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Revoco

l'incarico di fiduciario al/alla Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____

Nato/a a _____ il _____ e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

Rinuncia Incarico di Fiduciario

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome)

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il

e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Rinuncio

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig.ra:

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

Nato/a a _____ il _____ e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Rilascio i seguenti consensi:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatoria**

Luogo, data

Firma (per esteso e leggibile)

Revoca DAT

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome)

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il

e residente presso _____ Via/Piazza

n. ____ CAP ____ Prov.

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con
scadenza al

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail

Revoco

la DAT da me rilasciata in data _____ codice univoco DAT

Luogo, data

Firma (per esteso e leggibile)