

**All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di TROIA**

**OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.  
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Troia (Fg) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
quale "disponente"

**CHIEDE**

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT - riportanti la data del \_\_\_\_\_ e redatte per scrittura privata semplice - presso codesto Ufficio dello Stato Civile.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci

**DICHIARA**

- di essere capace di intendere e volere ed in particolare, di aver redatto le allegate Disposizioni Anticipate di Trattamento nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali e in totale libertà di scelta, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte;

- di essere residente nel Comune di Troia;

di aver nominato, quale persona di fiducia che ne faccia le veci e lo/la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie - cd. *fiduciario* - il/la Sig./Si.ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ - persona maggiorenne e capace di intendere e di volere -  
Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
che ha provveduto a sottoscrivere le DAT , per accettazione;

di aver nominato, quale fiduciario supplente, il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ - persona maggiorenne e capace di intendere e di volere -  
Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
che ha provveduto a sottoscrivere le DAT, per accettazione;

di aver consegnato al/i predetto/i fiduciario/i una copia delle 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 non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

di non aver depositato presso soggetti pubblici o privati altre DAT;

di autorizzare il Comune di Troia a fornire informazioni circa il deposito delle proprie DAT alle Regioni che ne chiedessero notizia;

di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, avendo preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, su separato foglio.

\_\_\_\_\_

Allega:

- le proprie disposizioni anticipate di trattamento - DAT - in originale e in copia;

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del fiduciario;

fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del fiduciario supplente;

\_\_\_\_\_

Troia, \_\_\_\_\_

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

---

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro

\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**

---