

(parte a cura dell'Ufficio)

n. .... data .....  
Numero progressivo assegnato al testamento e riportato sul registro comunale

(parte a cura del/la depositario/a)

Al Signor Sindaco  
del Comune di **FOSSANO**

**Iscrizione al registro Comunale delle  
Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)**

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

Io sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a FOSSANO in \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

in qualità di disponente ai sensi dell'art.4 della L.219 del 22 dicembre 2017, 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 personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Fossano la Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) contenente le mie volontà firmate in originale ai sensi della L.219/2017;
- di essere a conoscenza che le DAT sono revocabili in ogni momento;
- di essere a conoscenza che le DAT sono modificabili in ogni momento mediante consegna di nuova iscrizione nella Banca Dati Nazionale seguendo la stessa procedura iniziale;
- di prestare il consenso alla trasmissione di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale istituita presso il Ministero della Salute ai sensi L.205 del 27 dicembre 2017;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale;
- 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.

**OPPURE**

- che il fiduciario è il/la sig./sig.ra: \_\_\_\_\_,  
persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed allo stesso ho consegnato 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 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;

Fossano, li \_\_\_\_\_

Firma dichiarante \_\_\_\_\_

(Firmare davanti all'Ufficiale di Stato Civile)

**Allego:**

1. DAT e busta (non sigillare)
2. copia di un mio valido documento d'identità
3. copia della mia tessera sanitaria in corso di validità
4. copia di un valido documento d'identità del fiduciario

La presente dichiarazione e la busta contenete la DAT devono essere consegnate **PERSONALMENTE** all'Ufficio dello Stato Civile - Via Roma, n. 91

## PARTE RISERVATA AL/ALLA FIDUCIARIO/A

Il/La sottoscritto/a .....

(cognome - nome)

nato/a ..... prov..... il.....

residente a Fossano in .....  
(indirizzo)

codice fiscale..... telefono.....

indirizzo e-mail.....

nel pieno possesso delle facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere.

### ACCETTA

la suddetta nomina come fiduciario/a e si impegna a garantire le volontà espresse dal dichiarante nella DAT.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che è possibile rinunciare alla presente nomina con successivo atto scritto da comunicare al disponente.

Fossano, li .....

Il/La fiduciario/a .....

#### Parte riservata all'Ufficio

- La suddetta dichiarazione è stata resa e **sottoscritta in mia presenza** dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato
- La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art. 38 c.3 del DPR 445/2000

Data \_\_\_\_\_ firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile \_\_\_\_\_