

Oggetto : Istanza di deposito delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) relative ai trattamenti sanitari (art. 4 Legge 219 del 22.12.2017).

**Spett.le
UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
DEL COMUNE DI
SANTA MARIA DI SALA (VE)**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente nel Comune di Santa Maria di Sala in Via _____
CF _____ tel. _____ indirizzo e-mail _____,
titolare di Documento di riconoscimento che allego in copia,

CHIEDO

di depositare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) sottoscritte con firma autografa, relative ai trattamenti sanitari per la conservazione presso Codesto Ufficio di Stato Civile. Dichiaro che le Disposizioni sono state dal sottoscritto redatte nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

(facoltativo)

In tali Disposizioni ho nominato il seguente fiduciario che è autorizzato a richiedere le mie Disposizioni e a rappresentare il sottoscritto nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie:

1) cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____
CF _____ tel. _____ indirizzo e-mail _____

Sono consapevole che il fiduciario potrà ottenere la propria cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza, che dovrà essere consegnata all'Ufficiale di Stato civile di Santa Maria di Sala a corredo delle DAT.

Dichiaro infine che l'Ufficiale dello Stato Civile non è in alcun modo responsabile del contenuto delle D.A.T. da me depositate.

Santa Maria di Sala, lì _____

firma