

**DICHIARAZIONE ANTICIPATA TRATTAMENTO ( DAT )**  
**Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219**

Io sottoscritto/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

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

residente a MUGGIO', in via/piazza \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI E IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA  
e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche  
sulle conseguenze delle mie scelte**

qualora in futuro dovessi trovarmi in una condizione di incapacità e di impossibilità ad esprimere il mio diritto ad acconsentire o non acconsentire alle cure sanitarie proposte dai medici,

dispongo quanto segue:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO:**

---

(nome e cognome)

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

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento, qualora perdessi la capacità di decidere e comunicare le mie decisioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

Firma del Fiduciario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo documento di identità \_\_\_\_\_

Tipo documento di identità \_\_\_\_\_

N° documento di identità \_\_\_\_\_

N° documento di identità \_\_\_\_\_