Al Comune di San Vito di Cadore

ISTANZA - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, chiedo di essere iscritto nel <<Registro delle disposizioni anticipate di trattamento del comune di San Vito di Cadore>> in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarmi.

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi dichiaro quanto segue:

1. ho espresso in anticipo le mie volontà in materia di trattamenti sanitari (DAT);
2. ho nominato un fiduciario per l’attuazione di tali volontà nella

persona del sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il quale ha accettato di ricoprire tale incarico;

1. le citate DAT, munite della mia firma autografa e dell’accettazione sottoscritta dal fiduciario, sono state da me chiuse in una busta controfirmata sui margini, che consegnerò al comune di San Vito di Cadore in allegato alla presente dichiarazione; all’interno della busta è allegata anche copia dei documenti del sottoscritto disponente e del fiduciario;
2. copia delle DAT è stata da me in precedenza consegnata al mio fiduciario;
3. la busta contenente le DAT dovrà essere consegnata, a semplice richiesta scritta, esclusivamente al sottoscritto o al mio fiduciario, oltre che alle strutture sanitarie nel rispetto dell’emanando decreto del Ministro della Salute previsto dall'art. 1, comma 419, della legge 27/12/2017, n. 205;
4. di essere a conoscenza che, in caso di emigrazione in altro Comune, dovrò ritirare le DAT entro 30 giorni, e che, in caso di mancato ritiro delle stesse entro il citato termine, il Comune procederà d’ufficio alla cancellazione del mio nominativo dal Registro e alla distruzione delle DAT;
5. esonero il comune di San Vito di Cadore da ogni responsabilità per la forma e i contenuti delle DAT;
6. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui d.lgs. 30/06/2003, n. 196 e ss.mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega fotocopia di un documento d’identità.

**Il Dichiarante**

La dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza.

**Il responsabile del procedimento**

San Vito di Cadore, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_