



# COMUNE DI CASALE SUL SILE

Provincia di Treviso

<http://www.comunecasale.tv.it>

Via Vittorio Veneto 23 – 31032  
P.I. 01557090261

Tel 0422 – 784511 / Fax 0422 – 784509  
C.F. 80008210264

## Dichiarazione Anticipata di Trattamento – D.A.T. (art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

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

residente a Casale sul Sile in via/piazza \_\_\_\_\_

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

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

nella mia **piena capacità di intendere e di volere,**

### **affermo solennemente**

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonchè **il consenso o il rifiuto** rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la **nomina di un fiduciario**, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;

pertanto **delego come mio fiduciario:**

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

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

residente a Casale sul Sile in via/piazza \_\_\_\_\_

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

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

tel. / cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

