



Comune di

Iscrizione al registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari

Io sottoscritto.....
nato a..... il.....residente a
in viaCodice fiscale.....
Recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

Chiedo

L'iscrizione nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Nomino i seguenti fiduciari che sono autorizzati a richiedere la busta contenente la mia dichiarazione.

1) cognome e nome.....
nato a.....il.....residente a
in viacodice fiscale.....
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

2) cognome e nome.....
nato a.....il.....residente a
in viacodice fiscale.....
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

3) cognome e nome.....
nato a.....il.....residente a
in viacodice fiscale.....
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

Inoltre, autorizzo l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nel registro.
(barrare le opzioni scelte)

- Coniuge
- Parenti fino al 2° grado
- Conviventi
- Medici curanti
- Medico di famiglia

- Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato.
- Associazioni promotrici
- Altro soggetto nominativamente individuato

Eventuali comunicazioni relative alla gestione del registro e l'informativa periodica biennale della mia iscrizione mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via email sopra indicati, **che sarà mio onere tenere aggiornati.**

- Sono a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate.
- Sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.
- Sono consapevole che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza.

Dichiaro infine che le buste da me consegnate sono n°....., pari al numero dei fiduciari designati oltre a quella destinata all'Amministrazione.

I fiduciari che sottoscrivono sono informati che i loro dati personali verranno comunicati ai soggetti sopra autorizzati che richiedono l'attestazione di iscrizione nel registro.

Data Firma del dichiarante (nome cognome)

Identificato previa esibizione di documento d'identità.....
 n..... rilasciato il da.....

1) Firma del Fiduciario (nome e cognome)

 Identificato previa esibizione di documento d'identità.....
 n..... rilasciato il da.....

2) Firma del Fiduciario (nome e cognome)

 Identificato previa esibizione di documento d'identità.....
 n..... rilasciato il da.....

3) Firma del Fiduciario (nome e cognome)

 Identificato previa esibizione di documento d'identità.....
 n..... rilasciato il da.....

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n 196 "codice in materia di protezione di dati personali".