



COMUNE DI QUATTRO CASTELLA  
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



N. \_\_\_\_\_ progressivo di Registro. in data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI**

la compilazione di ogni singola parte del presente modulo è facoltativa e la scelta tra le varie opzioni avviene barrando la relativa casella. Per avere piena consapevolezza delle disposizioni rese con la presente dichiarazione, si consiglia di consultare un medico di fiducia

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria;**

**Autorizzo**

i medici curanti ad informare dettagliatamente circa le mie condizioni di salute la seguente persona:  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI GENERALI** (barrare la casella per esprimere la scelta)

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari ai quali essere sottoposto, disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che detti trattamenti:

**Siano iniziati e continuati**

anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

**Non siano iniziati e continuati**

se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.



## NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito ( inserimento facoltativo)

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

## IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

per accettazione

## IL FIDUCIARIO

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

## IL FIDUCIARIO SUPPLENTE

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

**N.B. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta in due originali (tre nel caso sia indicatoli fiduciario supplente), ognuno dei quali, unitamente alle fotocopie dei documenti di identità del dichiarante, del fiduciario e dell'eventuale fiduciario supplente, è inserito in una apposita busta, riportante all'esterno il numero e la data di registro. Successivamente le buste verranno chiuse e sigillate in presenza del dipendente incaricato dal Comune di Quattro Castella e consegnate una al Dichiarante, una al Fiduciario ed una all'eventuale Supplente. Al dichiarante sarà rilasciata inoltre attestazione dell'avvenuta registrazione del testamento biologico riportante la data ed il numero progressivo attribuito e annotato sul registro; tale attestazione verrà inoltre inviata a:**

- **medico curante**
- **AUSL competente per territorio**
- **Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali**
- **Assessorato regionale alla sanità.**

COMUNE DI QUATTRO CASTELLA  
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)  
PER DISPOSIZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

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

C.F.: \_\_\_\_\_

Residente in Quattro Castella in Via: \_\_\_\_\_

n. Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

nella sua qualità di DISPONENTE

Essendo stato/a informato/a:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Letto, confermato e sottoscritto

Quattro Castella li: \_\_\_\_\_

Firma del/della dichiarante

\_\_\_\_\_

