DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)
Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Io sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in Petriolo (MC) in Via/Piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

tel. _____ e.mail _____

NEL PIENO DELLE MIE FACOLTA' MENTALI E IN TOTALE LIBERTA' 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:

_____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza_____ n. __

tel. _____ e.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 identità_____

n. doc. _____

del _____

Tipo documento identità_____

n. doc. _____

del _____