

**DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO**

**ACCETTAZIONE INCARICO DI SUPPLENTE FIDUCIARIO (All. 4)**

(Dichiarazione ai sensi dell'Art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Comune di Villanova Mondovì

Prot. N. ....

Il / La sottoscritto/a.....nato/a.....

..... il .....residente a .....

in via/piazza .....n. ....

recapito telefonico .....indirizzo mail.....

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

**consapevole**

- che il Comune di Villanova ha adottato il registro delle dichiarazioni di avvenuto deposito delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) per i cittadini residenti, in esecuzione dell'art. 4, comma 6 L. n. 219/2017;

- di essere stato indicato quale garante supplente del fiduciario sig. \_\_\_\_\_ ai fini della fedele esecuzione della volontà

del dichiarante sig./ra .....

nato/a a ..... Il .....

residente a ..... in via/p.za .....n. ....

Che ha depositato la Dichiarazione di Trattamento Anticipata indicata dall'apposito registro al n. .... per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire in caso di malattie o traumatismi cerebrali o patologie invalidanti che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali ,non sia in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia del trattamento o della cura cui è sottoposto/a che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile.

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del DLgs n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**DICHIARA DI AVERE ACCETTATO L'INCARICO DI SUPPLENTE  
FIDUCIARIO**

E di aver avuto in consegna dal disponente una copia della DAT.

Villanova Mondovì, .....

Firma del/la Dichiarante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto .....Ufficiale dello  
Stato Civile accerta che suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia  
presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante:

.....

Villanova Mondovì,.....

L'Ufficiale di Stato Civile

\_\_\_\_\_