Regione Lombardia

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) – L. 219/2017

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

- essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, in totale libertà di scelta e avendo avuto adeguate informazioni mediche, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora, in futuro, mi accadesse di perdere, anche temporaneamente, la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni;

- consapevole accetto che il mio rifiuto di determinati trattamenti possa comportare come esito la morte;

- dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo _____ (nome e cognome);

   Recapito telefonico _____

2. Nominativo _____ (nome e cognome);

   Recapito telefonico _____

IN CASO DI MALATTIA O LESIONE TRAUMATICA CEREBRALE CHE DETERMINI UNA PERDITA DI COSCIENZA DEFINIBILE COME PERSISTENTE E IRREVERSIBILE:

☐ Voglio ☐ Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

Oppure

☐ Voglio ☐ Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

IN CASO DI PROGNOSI INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINENZA DI MORTE:

☐ Voglio ☐ Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*
- presa visione informativa*
- consenso alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale
- consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

Regione Lombardia

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

Il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

Regione Lombardia

ACCETTAZIONE DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

ACCETTO

l'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile) _____

Regione Lombardia

REVOCA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

l'incarico di fiduciario al/alla Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

Regione Lombardia

RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig.ra:

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatori**

Luogo, data _____
Firma (per esteso e leggibile) _____

Regione Lombardia

REVOCA DAT

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

la DAT da me rilasciata in data _____ codice univoco DAT

_____

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____