

## DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

### ACCETTAZIONE INCARICO DI FIDUCIARIO

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

Comune di Ancona  
Direzione S.C.A.L.E.S.  
Unità Operativa Stato Civile

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 Ancona con deliberazione di Giunta n.101 del 6/3/2018 ha reso  
esecutivo 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 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.

- dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sulla privacy pubblicata sul  
sito internet del Comune di Ancona ed affissa nei locali della direzione SCALES  
(Anagrafe, Stato Civile e ufficio CIE) e di acconsentire il trattamento dei dati forniti  
conformemente a quanto previsto.

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

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

Ancona,.....

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:

.....  
.....

Ancona,.....

L'Ufficiale di Stato Civile

\_\_\_\_\_