*Comune di Pietracamela*

*Provincia di Teramo*

**Registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)**

**Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n.** *……………* **del** ….../…../….........

***[Allegato 2 alla deliberazione del Consiglio Comunale*** *……………* ***del*** ….../…../….........***]***

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazione sostitutive**

(*Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari*)

|  |  |
| --- | --- |
| **N.** ……………….. | In data ….../…../….........è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di: |
| Cognome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Nome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Comune di nascita | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Data di nascita | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Indirizzo di residenza nel comune  | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto |
| Luogo e data della DAT | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Notaio rogante la DAT (eventuale) |
| Cognome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Nome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Indirizzo dello studio | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Fiduciario nominato nella DAT (eventuale) |
| Cognome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Nome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Indirizzo | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Recapiti  | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Sostituto del fiduciario nominato nella DAT *(eventuale)* |
| Cognome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Nome | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Indirizzo | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Recapiti  | *…………………………………………….………………………..…………………………………* |
| Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi: |
| *…………………………………………….………………………..……………………………………………………………………………….………**………………..………………………………………………………………...……………….………………………..…………………………………* |
| Annotazioni, modifiche e revoche |
| *…………………………………………….………………………..……………………………………………………………………………….………**………………..………………………………………………………………...……………….………………………..…………………………………**…………………………………………….………………………..……………………………………………………………………………….………* |

Nella busta n. ….… (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di …………………………………………