DICHIARAZIONE ANTICIPATA TRATTAMENTO (DAT)
Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Io sottoscritto/a

nome _____cognome_____

nato/a a_____ _____il_____

residente a Cinisello Balsamo in via/piazza _____

codice fiscale _____

Tel. _____-_____ mail _____

NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI E IN TOTALE LIBERTÀ 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:

_____
(nome e cognome)

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

Tel. _____ mail _____

per essere rappresentato in modo conforme alle volontà espresse

Data_____

Firma del Dichiarante

_____

Firma del Fiduciario

_____

Tipo documento di identità _____

N° documento di identità _____

Tipo documento di identità _____

N° documento di identità _____