



**CITTÀ DI
CASTELFRANCO
EMILIA**

Provincia di Modena

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

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

Sesso _____ M [] _____ F []

Nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero) il _____

Attualmente residente a Castelfranco Emilia in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 d.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1) [] di avere redatto, nei modi di legge, un documento (Testamento / Dichiarazione di volontà) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;

2) [] che l'originale del Testamento / Dichiarazione di volontà redatto è conservato presso
.....
.....
.....
.....;

3) [] che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire, è il seguente (indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, indirizzo, residenza)
.....
.....
.....;

4) [] (FACOLTATIVO):

che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 3) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell'impossibilità di adempiere, è il seguente (indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, indirizzo, residenza).....
.....
.....
.....;

5) [] che i soggetti autorizzati ad accedere al Registro e, conseguentemente, alla documentazione collegata, relativamente alla posizione afferente il sottoscritto, sono, oltre che quelli legittimati da disposizioni di legge o regolamentari, esclusivamente i seguenti:

(barrare l'alternativa prescelta)

- Soggetto fiduciario;
- Soggetto fiduciario supplente (qualora nominato);
- Medico curante;
- Direttore sanitario o legale rappresentante dell'Istituto, dell'Azienda sanitaria o dell'Azienda ospedaliera in cui qualora non più in grado di esprimere il proprio consenso, dovessi essere ricoverato in trattamento o in cura;
- Altri soggetti (specificare quali)
.....
.....;

- 6) [] di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo e di residenza;
- 7) Di essere informato che l'eventuale cambio di residenza comporterà la cancellazione dal registro;
- 8) di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 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.

Castelfranco Emilia lì

IL DICHIARANTE
(firma per esteso)

RISERVATO ALL'UFFICIO

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, **attesto** che la sottoscrizione della sopraesesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione di valido documento di identità n., rilasciato il da

Castelfranco Emilia lì.....

IL SINDACO

.....