

# COMUNE DI SORSO

*Provincia di Sassari*

## **REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

*(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

---



## Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

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

### Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive (Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 1</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 2</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 3</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 4</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
*(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)*

<b>N. 5</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 6.</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	
.....	

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 .....



**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 7.</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
*(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)*

<b>N. 8</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 9</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	
.....	

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 .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 10</b>	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	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
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:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

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 .....