

REVOCA / MODIFICA DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Legge 22 dicembre 2017, n. 219

1. DATI DEL DISPONENTE

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Residenza (Via/Piazza): _____ n.: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Documento Tipo: _____ Numero: _____

Rilasciato da: _____ il: _____

Telefono: _____ Email/PEC: _____

2. RIFERIMENTI DAT PRECEDENTE

Data sottoscrizione DAT: _____

Ente di deposito: ☐ Comune ☐ Notaio ☐ Struttura sanitaria

☐ Altro: _____

Numero protocollo/repertorio (se disponibile): _____

3. OGGETTO DELLA RICHIESTA

- ☐ **Revoca totale** delle DAT precedentemente sottoscritte
- ☐ **Modifica parziale** delle DAT (allegare nuova DAT)
- ☐ **Revoca del fiduciario** precedentemente nominato (senza nomina nuovo fiduciario)
- ☐ **Revoca del fiduciario** precedentemente nominato e nomina di **nuovo fiduciario**

4. DATI DEL FIDUCIARIO REVOCATO (SE APPLICABILE)

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Email/PEC: _____

REVOCA / MODIFICA DAT (pag. 2)

5. NUOVO FIDUCIARIO (SOLO SE NOMINATO)

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Indirizzo (Via, n., Città, Prov): _____

Telefono: _____ Email/PEC: _____

Accettazione del nuovo fiduciario:

Luogo e Data: _____ Firma: _____

6. DICHIARAZIONE

"Il/La sottoscritto/a dichiara di revocare/modificare le Disposizioni Anticipate di Trattamento come sopra indicato, con effetto dalla data di sottoscrizione della presente comunicazione. Richiede l'annotazione della revoca/modifica presso l'ente di deposito e la registrazione secondo le modalità previste dalla normativa vigente (Legge 219/2017 e D.M. 168/2020)."

7. FIRME

Luogo: _____ Data: _____

Firma del DISPONENTE

Firma del NUOVO FIDUCIARIO (per accettazione)**NOTE OPERATIVE:**

- Consegnare in forma scritta (si consiglia la consegna di persona con ricevuta o raccomandata A/R).
- Allegare obbligatoriamente copia fronte/retro di un documento di identità valido del disponente.
- Conservare copia protocollata della presente comunicazione.
- La revoca può essere effettuata anche mediante dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, in presenza di due testimoni, solo qualora le condizioni fisiche del paziente non lo consentano altrimenti.