DISPOSIZIONE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)
Art. 4 Legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a …………………….............………………………………………………………………...
nato/a a ……………………………………….……… il ….....………...................……….. residente a Enna
in via ……................………………………………………… Codice fiscale ……………………………………
Recapito telefonico …………………………………………………………..........……….. indirizzo e-mail
……...................................……………………………………………………………………………………….

NEL PIENO DELLE MIE FACOLTA' MENTALI E IN TOTALE LIBERTA' 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

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

ENNA ______________________

FIRMA

____