

# Dichiarazione di volontà anticipata per i trattamenti sanitari

## Nomina fiduciario

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di Monterotondo M.mo in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art.4, comma 1, ultimo periodo della legge 22 dicembre 2017, n. 219

In relazione e ad integrazione della Dichiarazione di volontà anticipata per i trattamenti sanitari depositata presso il Comune di Monterotondo M.mo in data \_\_\_\_\_ n. di registro \_\_\_\_\_, per il caso di perdita di capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, revocando ogni eventuale precedente nomina fiduciaria

### **NOMINO**

Mio rappresentante fiduciario per lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nella richiamata dichiarazione

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

***Il disponente***

***per accettazione***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Il fiduciario*

Monterotondo M.mo \_\_\_\_\_

*Si allega copia del documento di identità del nominato fiduciario*

### ***RISERVATO ALL'UFFICIO***

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
di fronte al funzionario del Comune di Monterotondo M.mo incaricato, mediante  
presentazione di valido documento di identità, \_\_\_\_\_.

Firma e timbro del Funzionario .....