

Registro Comunale _____

Invio Min. Salute prot. _____

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di _____

**OGGETTO: Consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____
quale "disponente"

CONSEGNA

Personalmente le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento DAT e a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di _____;
- di essere a conoscenza che le DAT riguardano solo i trattamenti durante la vita del disponente, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Non riguardano, invece, le manifestazioni di volontà concernenti i trattamenti della persona dopo la morte (ad esempio la cremazione) che andranno indirizzate, con le forme previste, al competente ufficio e, così come altre eventuali dichiarazioni/indicazioni non previste dalla L. 219/2017, qualora contenute nella DAT, non saranno trattate in alcun modo;
- di accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all'informativa "*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT*" che mi viene consegnata in data odierna;

di consentire la trasmissione e la raccolta di copia della DAT alla Banca dati nazionale, ai sensi del decreto del ministero della salute 10 dicembre 2019, n. 168;

di chiedere la notifica tramite email sopra indicata dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale;

- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

DICHIARA INOLTRE

che il Fiduciario è il/la Sig./ra _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

- di aver consegnato a detto Fiduciario una copia delle DAT;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui il Fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

di non aver indicato alcun Fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il Giudice Tutelare provvederà alla nomina di un Amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

Data _____

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)

Il sottoscritto Fiduciario dichiara:

- di accettare la nomina;
- di accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all’informativa *“Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT”*;
- di essere a conoscenza che l’incarico di Fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

Allega:

- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

Data _____

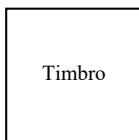
Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

dal Fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____



L’ufficiale dello Stato Civile