

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di Tavagnacco

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 TAVAGNACCO in via _____ n. ____ CAP _____ cittadino/a
_____ codice fiscale _____, telefono _____
e-mail _____ pec _____

consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, come richiamato dall'art. 76 del D.P.R. 28.10.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CONSEGNA

Personalmente le *proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento - in breve D.A.T.-* all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Tavagnacco, con le quali ha espresso la volontà in materia di trattamenti sanitari ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposto/a nel caso in cui non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso e il proprio dissenso informato, a tal fine

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- 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;

- che il Comune di Tavagnacco, titolare del trattamento, utilizzerà i dati personali forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in oggetto avente finalità istituzionale (art. 13 D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e art. 13 Regolamento UE n. 2016/679)

- che in caso di autorizzazione alla raccolta della mia D.A.T. presso la Banca dati nazionale il titolare del trattamento di tali dati sarà il Ministero della Salute che li tratterà conformemente al disposto degli artt. 7 e 8 del D.M. 168/2019 del Ministero stesso;

☐ di acconsentire che la copia della DAT depositata sia raccolta presso la Banca dati nazionale del Ministero della Salute;

☐ di richiedere l'invio della comunicazione di conferma dell'acquisizione della D.A.T. nella Banca dati nazionale al mio indirizzo email sopra indicato;

DICHIARA INOLTRE

☐ **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;

☐ **di aver nominato** quale rappresentante **fiduciario**, il/II Sig _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
CAP _____ 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;

Allega:

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

Data _____

Firma del disponente

Il sottoscritto fiduciario dichiara

☐ di accettare la nomina;

☐ di accettare il trattamento dei propri dati previsto dal D.M. 168/2019;

☐ 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;

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

Allega:

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

Data _____

Firma del fiduciario

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 _____

Timbro

L'ufficiale dello Stato Civile