

All'Ufficiale dello stato civile del Comune di:

CAVA MANARA

Oggetto: **Deposito DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento) - Comunicazione dati e consenso**

Il/la sottoscritto/a Nome Cognome

nato/a a il/...../.....,

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ residente nel comune di **CAVA MANARA**

all'indirizzo n°.....

Telef. /cell. e- mail@.....

Doc. riconoscimento ☐ Passaporto ☐ Carta d'identità ☐ Patente

Ente rilascio

N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data rilascio/...../..... Data scadenza
...../...../.....

in qualità di **DISPONENTE**

PRESENTA personalmente IN ALLEGATO presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie "**Disposizioni Anticipate di Trattamento**" di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, formate da n° pagine, sottoscritte con firma autografa in data ... / ... /, con le quali, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, ha espresso le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari

Contestualmente **INFORMA**

☐ di **PRESTARE il proprio CONSENSO** all'invio di copia dell'atto contenente le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, **alla BANCA DATI NAZIONALE**, istituita presso il Ministero della salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168;

in tal caso: ☐ di prestare il consenso ☐ di **NON prestare il consenso**
alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT (in caso di consenso il campo email nei dati del disponente è obbligatorio)

☐ di **NON PRESTARE il proprio CONSENSO** all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale.

Reperibilità della DAT (obbligatoria se il disponente non presta il consenso all'invio della documentazione – è possibile indicare l'indirizzo dell'Ufficio dello Stato Civile)

Indirizzo, completo di
cap: Telefono:

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

DICHIARA:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente nel Comune di **CAVA MANARA**;
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

(Barrare l'ipotesi che ricorre)

- Nome Cognome
nato/a a il/...../.....,
C.F. residente nel comune di
all'indirizzo n°
Telef. /cell. e-mail@.....
Doc. riconoscimento ☐ Passaporto ☐ Carta d'identità ☐ Patente Ente rilascio
N° Data rilascio/...../..... Data scadenza/...../.....
☐ il fiduciario ha accettato la nomina mediante:
☐ sottoscrizione delle D.A.T
☐ con atto successivo, allegato delle D.A.T;
☐ Al fiduciario è stata consegnata una copia delle D.A.T.

- ☐ 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 bisogno di motivazione;
 - nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;
 - il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto.

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia, o irreperibilità in tempo utile, sia nella impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in qualità di **fiduciario supplente**, il cui nominativo non verrà però trasmesso alla Banca dati nazionale ed alla quale non potrà quindi accedere, nella persona di:

Nome Cognome
nato/a a il/...../.....,
C.F. residente nel comune di
all'indirizzo n°
Telef. /cell. e-mail@.....
Doc. riconoscimento ☐ Passaporto ☐ Carta d'identità ☐ Patente Ente rilascio
N° Data rilascio/...../..... Data scadenza/...../.....

pag. n. 2/3 compr. informativa privacy

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni per le quali la presente viene resa, e di acconsentire, ai sensi del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

PER ACCETTAZIONE DELLA NOMINA E, PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA, PER IL CONSENSO DEL TRATTAMENTO DATI:

(qualora indicato) Firma del fiduciario

(qualora indicato) Firma del fiduciario supplente.....

Data Firma del disponente

Allega alla presente:

- 1. Il documento sopracitato (D.A.T. – Disposizioni Anticipate di Trattamento) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario, se *nominato*;**
- 2. fotocopia del proprio documento di riconoscimento e codice fiscale in corso di validità**
- 3. fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale del fiduciario, se *nominato*, in corso di validità**
- 4. fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale del fiduciario *supplente*, se *nominato*, in corso di validità**