

ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – D.A.T. E
TRASMISSIONE A BANCA DATI NAZIONALE
(Art.4 legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a Pomaretto in via/piazza _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ email _____
Codice Fiscale _____

In qualità di **DISPONENTE** ai sensi della legge 22 dicembre 2017 n. 219 (G.U. n. 12 del 16.01.2018)

CHIEDE

Di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)** e la trasmissione delle
stesse alla **BANCA DATI NAZIONALE** presso il **MINISTERO DELLA SALUTE**

DICHIARA

(barrare e compilare solo i campi che interessano)

A tal fine agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere capace d'intendere e di volere;
- di aver inserito nella busta le proprie Dichiarazioni Anticipate di Trattamento da consegnare al Comune di Pomaretto, **debitamente sottoscritte** con firma autografa, unitamente a copia del proprio documento d'identità in corso di validità;
- di essere in possesso di una copia delle DAT;

FIDUCIARIO *(facoltativo)*

di nominare quale **FIDUCIARIO** per rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il sig./sig.ra:

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

_____ documento d'identità n° _____

tel. _____ email _____

Codice Fiscale _____

- che il fiduciario è una persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere;
- che viene allegata copia del documento d'identità in corso di validità del fiduciario;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario rinunci, sia incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia ma 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;
- che il fiduciario ha accettato la nomina con:

- sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
- con atto successivo, che è allegato alle DAT;
- che al fiduciario è stata rilasciata copia delle 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;

- di essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di aver letto l'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 del Ministero della Salute, che è titolare del trattamento e di accettare il trattamento dei dati;

di **prestare** il consenso o

- non prestare** il consenso alla trasmissione di copia delle DAT al Ministero della Salute

di rendere disponibili le DAT al seguente recapito:

Indirizzo _____ CAP _____ telefono _____

(obbligatorio solo se il disponente non presta il consenso all'invio della documentazione)

di **prestare** il consenso o

non prestare il consenso alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione alla banca dati nazionale delle DAT

ALLEGA ALLA PRESENTE

- il documento succitato;
- fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità;

Pomaretto, _____

IL DICHIARANTE

Parte riservata all'ufficio

Ricevuta dell'ufficio di Stato Civile

Accertatomi dell'identità e residenza del/della disponente
sig./sig.ra _____

ricevo la relativa Disposizione anticipata di trattamento, che viene inserita al n. _____
dell'apposito registro e che verrà trasmessa secondo la volontà del disponente alla Banca Dati
Nazionale presso il Ministero della Salute.

Data _____ Firma e timbro dell'ufficio _____