

Oggetto: consegna e deposito DAT.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ CAP _____
Via/Piazza _____, n. _____, cittadino/a _____
Telefono _____, Fax _____ e-mail: _____
P.E.C. _____ in qualità di: disponente.

Preso atto della L. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento",

DICHIARO

- che in data _____, ho personalmente depositato le mie "disposizioni anticipate di trattamento", debitamente sottoscritte con firma autografa, formate da n. _____ fogli e da n. _____ allegati..;
- a tal fine, di essere persona residente in _____, maggiorenne e capace di intendere e volere;
- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016:
 - AUTORIZZO la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale DAT)
 - NON AUTORIZZO la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale DAT
 - Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna ed esprimo il consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale D.A.T
 - Dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.

- NOMINA QUALE FIDUCIARIO DELLA D.A.T DEPOSITATA

(E' possibile nominare un solo fiduciario. Un eventuale supplente deve essere indicato, con la relativa accettazione nella D.A.T.)

Cognome _____ nome _____
Comune di nascita _____ stato _____
Data di nascita _____ cittadinanza _____
Residente a _____ cap _____
CODICE FISCALE _____
Indirizzo _____ civico _____
Tel.: _____ mail _____
(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

Luogo, li _____

Il/La richiedente _____

.....
Timbro e Firma del Funzionario incaricato

Allega alla presente:

1. **il documento sopracitato;**
2. **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
3. **fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità.**

Parte riservata all'Ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Data _____

Firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile _____

PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO

ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO D.A.T.

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

come sopra identificato dichiara di **ACCETTARE LA NOMINA DI FIDUCIARIO** e di essere consapevole:

Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.

Dell'obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l'aggiornamento del registro

Luogo, _____ Firma _____

Parte riservata all'Ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono

accertato mediante: il documento di identità allegato

Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art. 38 c.3 del DPR

445/2000

Data _____ firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile _____