

REGISTRO D.A.T.

N. _____ del _____

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

ALL'UFFICIALE
DELLO STATO CIVILE

del Comune di

I S E O
.....

Il/La sottoscritto/a (*)

Nato/a a (*) in data(*) Residente in **ISEO**

Cittadino/a (*) Codice fiscale(*)

Telefono(*) Cellulare(*) e-mail (*)
(*) campi obbligatori

in qualità di **DISPONENTE** ai sensi della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16/01/2018), del Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168 e delle successive istruzioni dello stesso Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, nonché del vigente regolamento comunale in materia,

CHIEDE

di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)** di cui alla legge 22/12/2017, n. 219, sottoscritte in data/..... / 20..... , con le quali ha espresso la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari in:

busta chiusa senza busta

Sono informato/a, per aver letto l'apposita informativa resa disponibile dal Comune, delle modalità con cui avverrà il trattamento dei dati personali.

Sono altresì consapevole che i dati relativi alla DAT potranno essere trasmessi, previo consenso da me fornito, al Ministero della Salute ai fini della gestione della banca dati nazionale DAT.

Il trattamento dei dati eventualmente trasmessi alla banca dati nazionali DAT avviene secondo l'informativa resa disponibile dal Ministero della Salute sul proprio sito istituzionale.

Pertanto, in relazione alla presente istanza, fornisco **il mio/nostro consenso:**

- alla registrazione dell'istanza sul Registro Comunale;
- all'invio della registrazione effettuata in Comune alla Banca dati nazionale DAT;
- all'invio di copia della DAT alla Banca dati nazionale DAT;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale DAT.

Sono consapevole/i che, in assenza di consenso, non sarà possibile effettuare quanto richiesto.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

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

- ✓ di avere inserito nella busta la propria Disposizioni Anticipata di Trattamento **debitamente sottoscritta**, unitamente a copia del proprio valido documento d'identità e copia del valido documento d'identità del FIDUCIARIO;

(Barrare l'ipotesi che ricorre)

- che nelle DAT è prevista la nomina del fiduciario nella persona di:

cognome e nome

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

residente nel comune di c.a.p.

Via **n.**

codice fiscale **e-mal**

- che il fiduciario è persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- che il **FIDUCIARIO** è informato/a, **come da dichiarazione sottoscritta e allegata**, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016 679, in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- che il fiduciario ha accettato la nomina con:
- sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
- con atto successivo, che è allegato alle DAT;
- ovvero**
- NON recano la firma dello stesso;
- di aver consegnato al fiduciario una 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 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. Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.
- che nelle DAT non è prevista la nomina del fiduciario;
- che, oltre al sottoscritto e al fiduciario (se nominato), le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti: *(specificare con generalità complete)*

.....
.....
.....

(medico di famiglia del disponente, medico curante del disponente, notaio che ha rogato l'atto o erede)

Dichiara, infine, di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la cancellazione dal registro della propria posizione e di revocare le DAT previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016 679, **del 27/04/2016 e al Decreto Legislativo n. 101/2018** (in materia di protezione dei dati personali) **ed autorizzo il trattamento dei dati da me forniti per la pratica richiesta a codesto Ufficio e per ogni adempimento dovuto o consequenziale alla pratica, nonché, in forma anonima e/o numerica per fini statistici**, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- IL DOCUMENTO sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;
- BUSTA sigillata contenente il documento sopracitato (DAT);

- 2. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità del disponente;
- 3. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità del/i fiduciario/i.

Iseo,

Firma del Disponente

Firma del Fiduciario

.....
Firma del Disponente

.....
Firma del Fiduciario

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

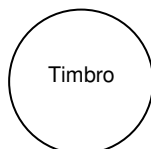
COMUNE DI ISEO

Provincia di Brescia

Ricevo dalla persona meglio generalizzata più sopra la presente istanza resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante:

.....

Iseo,



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

.....

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

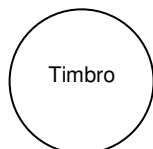
COMUNE DI ISEO

Provincia di Brescia

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a

sono state registrate in data odierna al n anno **202**..... dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune.

Iseo



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

.....