

OGGETTO: *Consegna di Disposizioni anticipate di trattamento D.A.T. e Rilascio di Ricevuta.*
(art. 4 L. 219/2017-Circolare M.I del 18/02/2018-Decreto Ministero Sanità n. 168 del 10/12/2019)

Il/la sottoscritto/a
nato ail.....
residente a **SANT'URBANO** in Via/Piazza.....n.....
Cittadinanza.....cod.fiscale.....
Tel/Cell.....mail/pec.....

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n.12 del 16-01-2018)

CONSEGNA

le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**

- documento NON in busta chiusa
- in BUSTA CHIUSA

DICHIARA

a tal fine e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

- di essere residente in **SANT'URBANO**;
- di essere persona MAGGIORENNE e capace di intendere e di volere;
- di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, redatte nella seguente forma: **Atto Pubblico/ Scrittura Privata Autenticata/ Scrittura Privata** e debitamente sottoscritte, unitamente alla copia del proprio documento d'identità ;
- ovvero in caso di persona con disabilità a comunicare**, di consegnare le proprie DAT redatte con le altre forme di cui all'art.6 del Decreto 168/2019: videoregistrazione o altri dispositivi idonei ;
- di aver/ non aver nominato in qualità di **FIDUCIARIO** (con copia del documento d'identità) il Sig./Sig.ra _____

(cognome e Nome – Data e luogo di nascita)

che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, in ordine ai trattamenti medici da eseguire e alle altre dichiarazioni manifestate

- che il fiduciario ha accettato la nomina con:
 - sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
 - con atto successivo, che è allegato alle DAT;
 - che il fiduciario ha sottoscritto l'autorizzazione al trattamento dei dati di cui al GDPR 2016/679**
(v. allegato);

- che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT;
(*oppure*)
- che le DAT non contengono l'indicazione del 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-Titolo XII-Libro I del Codice Civile;

D I C H I A R A

inoltre

- di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi momento;
- di essere in possesso di una copia delle DAT .
- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla propria volontà;
- di aver già presentato una precedente DAT in data _____ presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di _____ come da ricevuta allegata _____ e che la presente modifica e sostituisce integralmente la precedente disposizione suindicata;**
- ALTRO:.....

D I C H I A R A

Inoltre ai sensi dell'art. 3 del Decreto n. 168/2019

- Di PRESTARE il proprio consenso *all'invio di copia contenente le proprie DAT* sottoscritte in data _____ alla Banca Dati Nazionale istituita c/o il Ministero della Salute con Decreto 10/12/2019, n. 168;
- Ovvero* DI NON PRESTARE il proprio consenso all'invio della DAT ed in tal caso, ai fini della reperibilità, dichiara il seguente recapito per il deposito:
Indirizzo. _____ Tel _____;
- DI PRESTARE/ NON PRESTARE *il consenso per la notifica* tramite la seguente mail _____ dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale;
- DI AVER PRESO VISIONE dell'INFORMATIVA resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679, per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale per le DAT** (ai sensi dell'art. 8 del Decreto n. 168/2019);

Allega alla presente:

- 1) le Disposizioni Anticipate di trattamento (DAT) ;
- 2) copia documento d'identità + tessera sanitaria (DISPONENTE);
- 3) copia documento d'identità + tessera sanitaria (FIDUCIARIO);
- 4) autorizzazione al trattamento dei dati di cui al GDPR 2016/679 (FIDUCIARIO)

Sant'Urbano, lì.....

Firma del disponente

.....

Disponente identificato a mezzo
di cui si allega copia (carta d'identità, passaporto, patente ecc.)

COMUNE DI SANT'URBANO
Provincia di Padova



UFFICIO DELLO STATO CIVILE
Ricevuta presentazione D.A.T
*(L. 219/2017-Circolare M.I del 18/02/2018-
/Decreto Ministero della Salute N. 168/2019)*

N.....Registro

Data.....

L'Ufficiale dello Stato Civile

.....
Timbro ufficio

REGISTRAZIONE PROTOCOLLO DELL'ENTE

N..... DEL.....