All'Ufficiale dello stato civile
del Comune di MAROSTICA

OGGETTO: DEPOSITO DAT - DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
(ART. 4, LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219)

Il/la sottoscritta/a

nato/a a il

residente nel comune di MAROSTICA in via n.

codice fiscale

Tel. / cell. e-mail:

in qualità di **DISPONENTE**

☐ **PROVVEDE PERSONALMENTE**
oppure
☐ **DELEGA IL FIDUCIARIO SOTTO INDICATO**

a presentare presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data con le quali 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

☐ **PRESTA 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 questo caso
☐ **acconsente**
oppure
☐ **NON acconsente**
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)

☐ **NON PRESTA 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)

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

1. di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
2. di essere residente nel Comune di Marostica
3. di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

4. che trattasi di (Barrare l'ipotesi che ricorre):

   ☐ DAT **"senza indicazione"** del fiduciario;

   ☐ DAT **con indicazione del fiduciario** nella persona di:

   nome e cognome

   nato/a a il

   residente nel comune di

   via n.

   codice fiscale

   e-mail:

   ☐ La DAT **è stata accettata** dal fiduciario;

   ☐ La DAT **NON è stata ancora accettata** dal fiduciario;

5. 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 mediante atto scritto.

6. nel caso si verificasse una delle situazioni elencate qui sopra provvederà ad informare tempestivamente l'Ufficio di Stato Civile.

7. di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficio di Stato Civile del Comune.

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 nazionali per la 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

Data Firma del disponente

Allega alla presente:

1. **Il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;**
2. **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
3. **fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.**

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Comune di Marostica

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

mediante _____

Data _____ L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE _____

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Comune di Marostica

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____ sono state

registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune, previo invio alla Banca dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della salute.

Data _____ L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE _____