



ISTANZA DI CONSEGNA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO D.A.T.

PROTOCOLLO GENERALE	REGISTRO D.A.T. N. _____ DEL _____ L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
---------------------	--

ALL'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
del Comune di PORTO TORRES

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*).....
Comune di nascita.....Provincia.....Stato di nascita.....
data di nascita.....Cod.fisc.....
Comune di residenza.....via.....n°.....
Cap.....Cittadino/a....., tel.....
e-mail (*obbligatoria*).....

In qualità di "disponente", ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, del Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168 e delle successive istruzioni del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno;

CHIEDE

Il deposito di una:

- 01 - DAT senza indicazione fiduciario
- 02 - DAT con indicazione e accettazione del fiduciario
- 03 - DAT con indicazione fiduciario non ancora accettata

A tal fine, 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 e previamente informato ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionali per le DAT,

DICHIARA

- di essere capace di intendere e volere;
- di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte;
- 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 informato/a, per aver letto l'apposita informativa resa disponibile dal Comune, delle modalità con cui avverrà il trattamento dei dati personali;
- di essere 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;
- che le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario;
- (*oppure*) che è stato nominato fiduciario il/la Signor/a:

(*dati del fiduciario*) Cognome e nome.....

Comune di nascita.....Provincia.....Stato di nascita.....



ISTANZA DI CONSEGNA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO D.A.T.

data di nascita.....Cod.fisc.....
Comune di residenza.....via.....n°.....,
Cap.....Cittadino/a....., tel.....
e-mail

- che il fiduciario (*se individuato*) ha accettato la nomina con:
 - sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
 - con atto successivo, che è allegato alle DAT;
- che al fiduciario (*se individuato*) è stata rilasciata copia delle DAT

Pertanto, in relazione alla presente istanza, fornisco **il mio 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 che, in assenza di consenso, non sarà possibile effettuare quanto richiesto.

Allegati:

(*relativi al disponente*):

- scrittura contenente le DAT e relativa fotocopia;
- copia tessera sanitaria del disponente;
- fotocopia del documento d'identità in corso di validità del disponente;
- informativa privacy_disponente firmata;

(*relativi al fiduciario*):

- nomina del fiduciario;
- accettazione del fiduciario;
- fotocopia del documento d'identità del fiduciario;
- fotocopia della tessera sanitaria del fiduciario;
- informativa privacy_fiduciario firmata.

Porto Torres, li _____
(data)

Dichiarante

.....