

OGGETTO: Richiesta consegna DAT

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a in _____ il _____ residente in _____

Nole - Via _____ n. _____ cittadino/a _____
Tel. _____ e-mail _____

in qualità di disponente e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del Decreto sopra citato,

DICHIARO

☐ di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;

☐ di essere residente in NOLE;

☐ di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari all' Ufficio di Stato Civile del Comune di NOLE;

☐ di aver designato quale fiduciario il Sig./la Sig.ra _____
nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____
residente in _____ e (eventuale supplente)

il Sig./la Sig.ra _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

e che lo stesso/gli stessi ha/hanno firmato la DAT per accettazione;

☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della 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 obbligo di motivazione;

☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

☐ di essere a conoscenza che, nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

☐ di non aver nominato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno.

Nole, lì _____

Il disponente

Parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____ di

fronte all'Ufficiale dello Stato Civile, previa identificazione con documento n. _____

rilasciato da _____ il _____ registrata a

protocollo n. _____ il _____

Nole, lì _____

Firma _____

INFORMATIVA DAT

Il Comune di NOLE, tratta i dati personali nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale di protezione, al solo scopo e per il solo tempo necessari al perseguimento finalità di cui alla Legge 22 dicembre 2017 n. 219 (Disposizioni Anticipate di Trattamento o DAT).

L'interessato può chiedere che il Comune trasmetta alla Banca dati nazionale copia della DAT e degli eventuali atti successivi depositati presso il Comune. Inoltre l'Interessato può esprimere il proprio consenso alla ricezione di apposita comunicazione e-mail dell'avvenuta registrazione della DAT nella Banca dati nazionale.

Maggiori e dettagliate informazioni possono essere reperite sul sito web istituzionale, alla pagina raggiungibile all'indirizzo: WWW.COMUNE.NOLE.TO.IT

Debitamente informato, l'interessato:

O presta il consenso alla richiesta di trasmissione della DAT alla Banca dati nazionale presso il Ministero della salute *

O presta il consenso alla ricezione di apposita comunicazione e-mail dell'avvenuta registrazione della DAT nella Banca dati nazionale *

*(barrare la/le voce/voci che interessa/no)

Luogo e data

Firma

Parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____ di
fronte all'Ufficiale dello Stato Civile, previa identificazione con documento n. _____
rilasciato da _____ il _____ registrata a
protocollo n. _____ il _____

Nole, lì _____

Firma _____