

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

All'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
del Comune di BOTTANUCO

Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a BOTTANUCO provincia BG
Cittadino/a....., tel.....
Cod.fisc.....e-mail.....

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

CHIEDE

di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**, per la conservazione presso questo Comune

- 1. in busta chiusa
- 2. in busta aperta

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 maggiorenne e capace d'intendere e volere;
- di avere inserito nella busta le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, redatte nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali e in totale libertà di scelta, **debitamente sottoscritte, a norma della legge sopracitata, unitamente a copia del proprio valido documento d'identità e copia del valido documento d'identità del fiduciario: Sig./Sig.ra** _____

nato a il
residente a provincia
Cittadino/a..... Tel.....
Cod.fisc.....e-mail.....

- che il fiduciario è persona maggiorenne e capace d'intendere e volere;
- che il fiduciario ha accettato la nomina con:
 - sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;
 - con atto successivo, che è allegato alle DAT;

Il fiduciario che sottoscrive e accetta la nomina si impegna a garantire le volontà sopra espresse e a sostituirsi al dichiarante qualora quest'ultimo perdesse la capacità di decidere per se stesso.

- che al fiduciario è già stata rilasciata da me copia delle DAT contenute nella sopra citata busta, o è comunque da me autorizzato a richiedere la busta contenente le mie DAT:
(oppure)
- che le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario;
- 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 contenute nella busta.

Contestualmente

INFORMA

di **PRESTARE** il proprio **CONSENSO** all'invio di copia dell'atto contenente le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento sottoscritte**, di cui alla **L. 22.12.2017 n. 219, alla BANCA DATI NAZIONALE**, istituita presso il Ministero della salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168;

in tal caso:

- di prestare il consenso
 - di **NON** prestare il consenso
- alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT (*in caso di consenso il campo email nei dati del disponente é obbligatorio*)

di **NON** **PRESTARE** 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.

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 le 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:

BOTTANUCO, li _____

(data)

Il/La Dichiarante

.....

Allega alla presente:

1. il documento D.A.T. succitato, in busta:

- 1. chiusa
- 2. aperta

2. fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità

Carta identità/Passaporto n.
Rilasciato da.....il

3. fotocopia del documento d'identità in corso di validità del fiduciario (se nominato)

Carta identità/Passaporto n.
Rilasciato da.....il