

Deposito DAT dal 01.02.2020

All'Ufficio di Stato Civile del Comune di  
CAVALLERMAGGIORE (CN)

OGGETTO: **Istanza per la registrazione di una Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) e relativi consensi al trattamento dei dati personali.**

Il/La sottoscritto/a (**Dati del/la disponente**):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente nel Comune di  
CAVALLERMAGGIORE in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

*ai sensi della legge 22.12.2017, n. 219 art. 4, del Decreto del Ministero della Salute 10.12.2019, n. 168 e delle successive istruzioni dello stesso Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, nonché del vigente regolamento comunale in materia, agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato*

**CHIEDO**

che l'Ufficiale di Stato Civile di questo Comune provveda ad iscrivere nell'apposito registro comunale:

00 - Mera **comunicazione di avere sottoscritto una DAT**, disponibile al seguente indirizzo (compreso telefono): c/o .....

*Barrare qui anche in caso di solo deposito di DAT sigillata presso l'ufficio di stato civile.*

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

La **MODIFICA** di una precedente disposizione già depositata:

- 04 - Nomina fiduciario con accettazione
- 05 - Nomina fiduciario senza accettazione
- 06 - Accettazione nomina da parte del fiduciario
- 07 - Rinuncia alla nomina da parte del fiduciario
- 08 - Revoca DAT
- 09 - Revoca della nomina del fiduciario
- 10 - Revoca tutte le DAT precedentemente trasmesse
- 99 - Caso non contemplato nei codici precedenti (dettagliare) \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di consegnare al Comune di Cavallermaggiore la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari;

di aver redatto scrittura privata a forma libera;

di aver nominato quale FIDUCIARIO il/la signor/a (**Dati del/la fiduciario/a**):

Cognome ..... Nome ..... data di nascita ...../...../.....

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

Codice Fiscale ..... residente nello Stato .....

Comune..... indirizzo .....

CAP ..... Telefono ..... Email .....@.....

di consegnare, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario sopra indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

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 indicato alcun 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 del titolo XII del libro I del codice civile;
  - di aver preso visione dell'informativa (allegata alla presente) ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale 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;**
  - di consentire la trasmissione e raccolta di copia della DAT presso la Banca Dati Nazionale ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 10.12.2019 n. 168, con il quale è stato adottato il "Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)" Informativa per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionali per le DAT;
  - di consentire/non consentire la notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale DAT (in caso di consenso indicare la mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_).
- 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.

**Per presa d'atto dell'informativa e consenso del trattamento dati.**

Lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IL DISPONENTE**

\_\_\_\_\_

---

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI STATO CIVILE**

---

**COMUNE DI CAVALLERMAGGIORE**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ della cui identità mi sono accertato mediante presentazione del seguente documento di identità in corso di validità:

tipo documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

Cavallermaggiore, lì \_\_\_\_\_

**L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE**

---

**RICEVUTA DAT**

---

**COMUNE DI CAVALLERMAGGIORE**

PROT. N. \_\_\_\_\_

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

**N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Si attesta che la DAT sopra indicata relativa a \_\_\_\_\_ è stata registrata in data e al numero indicato dell'elenco cronologico delle DAT presentate a questo Comune. La DAT:

- è stata consegnata aperta e leggibile e scansionata verrà allegata al registro comunale e inviata alla Banca Dati Nazionale.
- è stata consegnata sigillata all'ufficio di stato civile e verrà allegata al registro comunale, per il solo deposito
- non viene consegnata all'ufficio di stato civile, in quanto trattasi di mera comunicazione di sottoscrizione.

Cavallermaggiore, lì \_\_\_\_\_

**L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE**