COMUNE DI POPPI (AR)

Ufficio dello Stato Civile
Telefono 0575 5071
Indirizzo E-MAIL: *c.poppi@postacert.toscana.it*

ISTANZA PER CONSEGNA D.A.T.

All'Ufficio dello Stato Civile del

Comune di POPPI

Protocollo num._____del_____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in Poppi in _____ n._____

Telefono _____ Mail_____

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16-01-2018) e del Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168.

CHIEDE

di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**

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 capace d'intendere e volere;
- di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte;

☐ che la DAT non contiene l'indicazione del fiduciario;

oppure

☐ di aver nominato fiduciario:

Nome fiduciario _____
nato il _____ a _____
residente a _____ VIA _____
codice fiscale _____
telefono: _____ email: _____

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

- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:
  - ❑ il medico di famiglia del dichiarante
  - ❑ i medici che avranno in cura il dichiarante
  - ❑ il fiduciario e dal supplente del fiduciario
  - ❑ il notaio che ha rogato l'atto
  - ❑ i seguenti eredi .....
    ……..
    ……
    ……
    ……
  - ❑ .....

☐ di prestare il consenso alla trasmissione delle proprie DAT alla Banca dati nazionale di cui al D.M. Salute n. 168/2019;
☐ di negare il consenso alla trasmissione delle proprie DAT alla Banca dati nazionale di cui al D.M. Salute n. 168/2019;

- di essere in possesso di una copia delle DAT in questione;
- che al fiduciario è stata rilasciata copia della DAT;
- di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi momento;
- 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 manterranno efficacia in merito alla volontà del disponente;
  -sarà possibile revocare tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta presentata presso l'Ufficiale di stato civile del Comune.

Allega alla presente:
1. il documento contenente le espressioni di volontà
2. fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità;
3. fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario, se nominato

Con riferimento alle vigenti normative in tema di protezione dei dati personali, conferma di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e dagli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679, autorizzando il trattamento degli stessi.

Poppi, il _____

FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE

…….....