All’Ufficiale dello Stato Civile del

Comune di Pomigliano d’Arco

**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO PRESSO IL COMUNE DI MANTOVA DELLA DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA’ RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI (D.A.T.)**

Legge 22/12/2017 n. 219 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” - Decreto Ministero*

*Salute 10 dicembre 2019 n. 168 “regolamento Banca dati Nazionale DAT)*

**PARTE RISERVATA AL DISPONENTE**

Il/la sottoscritto/a

**Dati del** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISPONENTE**

**sottoscrittore**

**della DAT** Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a **Pomigliano d’Arco** in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)*

**DICHIARA**

che in data ………………….…………………., ho personalmente depositato le mie “disposizioni anticipate di trattamento”, debitamente sottoscritte con firma autografa, formate da n. ……….. fogli e da n. ….…… allegati.

Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016:

AUTORIZZO la registrazione **e l’inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale** per le DAT istitutito con *Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 “regolamento Banca dati Nazionale DAT)*

NON AUTORIZZO la registrazione e l’inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istitutito con *Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 “regolamento Banca dati Nazionale DAT*

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna ed esprimo il consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale D.A.T

Dichiaro di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.

**NOMINA**

QUALE FIDUCIARIO DELLA D.A.T DEPOSITATA

**(**E’ possibile nominare **un solo fiduciario**. Un eventuale supplente deve essere indicato, con la relativa accettazione nella D.A.T.)

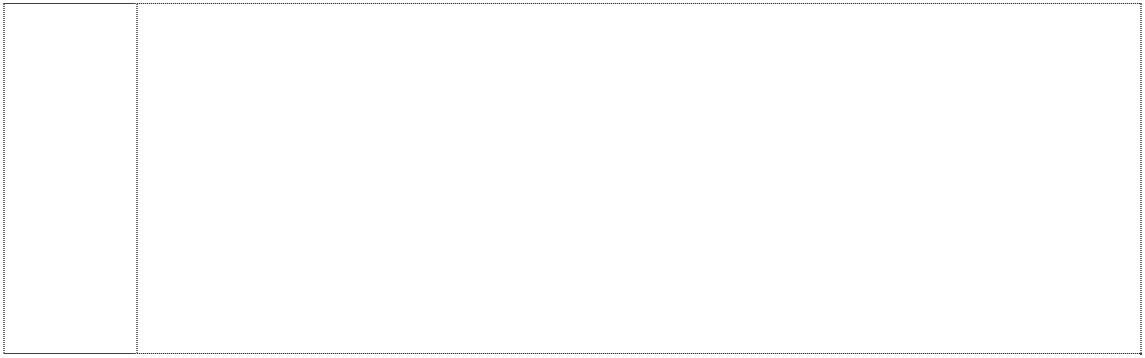
1

**FIDUCIARIO** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)*



Mantova, lì Firma

(Firmare davanti all’Ufficiale di Stato Civile)

**Parte riservata all’Ufficio**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Data firma e timbro dell’Uff. di Stato Civile

**PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO D.A.T.**

Il sottoscritto (Cognome e Nome) come sopra identificato dichiara di **ACCETTARE LA NOMINA DI FIDUCIARIO** e di essere consapevole:

Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.

Dell’obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l’aggiornamento del registro

Pomigliano d’Arco,

Firma

**Parte riservata all’Ufficio**

La suddetta dichiarazione è stata resa **e sottoscritta in mia presenza** dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell’art. 38 c.3 del DPR

445/2000

Data

firma e timbro dell’Uff. di Stato Civile

2

LA DICHIARAZIONE del **DISPONENTE** DEVE ESSERE COMPILATA E DOVRA’ ESSERE SOTTOSCRITTA **DAVANTI ALL’UFFICIALE DI STATO CIVILE** previo **appuntamento** da fissare utilizzando una delle seguenti modalità:

Dal sito del comune di Pomigliano d’Arco – Servizi Demografici sezione “Appuntamenti”

Scrivendo all’indirizzo: stato[civile.pomigliano@asmepec.it](mailto:civile.pomigliano@asmepec.it)

Telefonando allo 0815217114-116 dalle 09:00 dalla 12:00 dal lunedì al venerdì

LA FIRMA **DEL FIDUCIARIO** PUO’ ESSERE APPOSTA IN SEPARATA SEDE PURCHE’ IN ORIGINALE E PURCHE’ SIA ALLEGATA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ VALIDO