



COMUNE DI CAMPI BISENZIO
CITTA' METROPOLITANA DI FIRENZE

Deposito DAT dal 1° febbraio 2020

Oggetto: **PRESENTAZIONE DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento).**
Comunicazione dati

All'Ufficiale dello stato civile del Comune di **CAMPI BISENZIO**

Il/la sottoscritto/a

.....

nato/a a

il/...../.....,

residente nel comune di

.....

in via

n.

codice fiscale

.....

Telef. /cell. e- mail: .

.....,

in qualità di **DISPONENTE**

PROVEDE A PRESENTARE presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, con le quali ha espresso le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Contestualmente **INFORMA**

di PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio di copia dell'atto contenente le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, **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 è 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)



COMUNE DI CAMPI BISENZIO
CITTA' METROPOLITANA DI FIRENZE

Indirizzo, completo di cap.
.....
.....

Telefono.
.....
.....

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente nel Comune di
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

(Barrare l'ipotesi che ricorre)

- ___ DAT **"senza indicazione"** del fiduciario;
- ___ DAT **con indicazione del fiduciario** nella persona di

nome e cognome.....
nato/a a
il/...../.....,
residente nel comune di
via n.
codice fiscale

email
.....
.....

- ___ La DAT **è stata accettata** dal fiduciario;
- ___ La DAT **NON è stata ancora accettata** dal fiduciario

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 mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;
- il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto.

Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.



COMUNE DI CAMPI BISENZIO
CITTA' METROPOLITANA DI FIRENZE

Dichiara, infine, di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

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:

(qualora indicato)

Firma del fiduciario

Data

Firma del disponente

Allega alla presente:

- 1. Il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;**
- 2. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**
- 3. fotocopia del documento del fiduciario in corso di validità**