REGISTRO D.A.T. - ANNO _____

D.A.T. n. _____ del _____

l'Ufficiale di Stato Civile

_____

(timbro e firma)

Modulo di consegna delle D.A.T. - Disposizioni Anticipate di Trattamento

(art. 4 comma 6 Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____

residente a Siderno (RC) in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

tipo documento d'identità: _____ n. _____ del _____

tel. n. _____ tel. cell. n. _____

email _____

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

consegna all'Ufficiale di Stato Civile delegato del Comune di Siderno (RC)

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

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

dichiara

☐ di essere capace di intendere e di volere;

☐ di consegnare "brevi manu", all'Ufficiale dello Stato Civile delegato del Comune di Siderno, le Disposizioni Anticipate di Trattamento, sottoscritte con firma autografa, riportanti le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari;

☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato/a 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 individuato il fiduciario che farà le mie veci e che mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, nella persona di:

cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____

residente a Siderno (RC) in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

specificando che:

☐ il fiduciario è persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;

☐ il fiduciario ha accettato la nomina mediante:

- ☐ sottoscrizione delle D.A.T.;
- ☐ con atto successivo, allegato alle D.A.T.;

☐ al fiduciario è stata consegnata una copia delle D.A.T..

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre,

☐ di essere informato/a che le D.A.T. sono rinnovabili, modificabili e revocabili 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 obbligo di motivazione;

☐ di essere a conoscenza che, nel caso in cui il fiduciario indicato rinunci, o sia divenuto incapace di intendere e di volere, o sia deceduto, le D.A.T. mantengono efficacia in merito alle volontà espresse dal disponente;

☐ di consentire la trasmissione di copia delle D.A.T. alla Banca Dati nazionale, istituita presso il Ministero della Salute;

☐ di aver messo a conoscenza il fiduciario sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679) utile per il consenso obbligatorio da indicare nella procedura;

☐ di consentire ☐ di non consentire la notifica, tramite email, dell'avvenuta registrazione delle D.A.T. nella Banca Dati nazionale.

Firma del disponente: _____

Siderno_____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che i dati personali, e le informazioni fornite, sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale, e che potranno essere utilizzati per gli adempimenti di legge, esclusivamente nell'ambito del procedimento a cui sono riferiti. I dati saranno trattati dal Comune di Siderno e dal Ministero della Salute nel rispetto delle disposizioni del Regolamento U.E. 2016/679.

Consenso al trattamento dei dati (obbligatorio per la registrazione delle D.A.T. nella Banca Dati nazionale)

Firma del Disponente: _____

Allegati:

☐ originale delle D.A.T.

☐ fotocopia documento d'identità del disponente

☐ fotocopia documento d'identità del fiduciario