**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

Comunicazione dati

(Legge 22 dicembre 2017 n. 219; Decreto Ministero della Salute 10 dicembre 2019 n. 168)

All’Ufficiale dello Stato Civile

del Comune di Montebelluna

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di **DISPONENTE**

**PRESENTA LE PROPRIE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

di cui alla legge 22 dicembre 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:

* **PRESTA IL PROPRIO CONSENSO** all’invio di copia dell’atto contenente le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui alla legge 22 dicembre 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

presta il proprio consenso *oppure*  non presta il proprio consenso

Alla notifica tramite e-mail dell’avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale DAT

*(in caso di consenso è obbligatorio compilare il campo e-mail nei dati del disponente* )

* **NON PRESTA IL PROPRIO CONSENSO** all’invio di copia delle Disposizioni Anticipate di Trattamento alla Banca Dati Nazionale.

*Reperibilità della DAT (obbligatoria se il disponente non presta il consenso all’invio della documentazione*)

Indirizzo completo (anche CAP) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 445/2000, il sottoscritto

**DICHIARA**

* Di essere maggiorenne e capace di intendere e volere
* Di essere residente nel Comune di Montebelluna
* Di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento
* Che le DAT **non contengono** l’indicazione del fiduciario
* *Oppure*
* **Che il fiduciario è il sig**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che il fiduciario è maggiorenne, ed è in grado di intendere e volere

* Che il fiduciario **ha accettato la nomina** con:
* sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT
* con atto successivo, allegato alle DAT

oppure

* Che il fiduciario non ha ancora accettato la nomina
* Che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT

oppure

* Che il fiduciario non dispone della copia delle DAT

**Dichiara, inoltre, 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 comunicandolo con atto scritto, indirizzato al sottoscritto disponente. Il sottoscritto si impegna a dare comunicazione all’Ufficio di Stato Civile dell’eventuale rinuncia all’incarico del fiduciario.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale istituita presso il Ministero della Salute possono essere revocate previa richiesta scritta presentata personalmente all’Ufficiale di Stato Civile del Comune.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del fiduciario (qualora indicato) firma del disponente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa del Ministero della Salute ai sensi degli articoli 13 e 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.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che ai sensi dell’art. 13 del GDPR 679/2016 i dati personali forniti saranno trattati anche secondo quanto stabilito nell’informativa pubblicata nel sito web del Comune di Montebelluna, nella sezione Privacy accessibile dalla home page.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del disponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

* Disposizioni Anticipate di Trattamento sottoscritte dal disponente e dal fiduciario (se nominato).
* Fotocopia del documento di identità del disponente in corso di validità.
* Fotocopia del documento di identità del fiduciario (se nominato) in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*parte riservata all’ufficio* **COMUNE DI MONTEBELLUNA**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente identificato con documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’UFFICIALE DELLO STATO CIVILE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE

**COMUNE DI MONTEBELLUNA**

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento in epigrafe, presentate dal disponente sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono state registrate in data odierna al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’elenco cronologico delle DAT. Le stesse saranno conservate presso l’Ufficio di Stato Civile di questo Comune nonché inviate alla Banca Dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’UFFICIALE DELLO STATO CIVILE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_