(Mod.1)

 **All’Ufficio dello Stato Civile**

 **del Comune di ROCCAVIONE**

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI**

**TRATTAMENTO – D.A.T. (ART.4 DELLA LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N.219)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

agli effetti dell’art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

☐ di consegnare al comune di Roccavione la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari;

☐ di avere redatto scrittura privata a forma libera;

☐ di consegnare, insieme alle DAT, copia di un mio valido documento d’identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

 ☐ che il primo fiduciario è il signor/a:

nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

☐ che il secondo fiduciario è il signor/a:

nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

☐ di aver consegnato al/ ai fiduciario/i una copia della DAT;

 ☐ 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 vi rinunci o sia divenuto incapace

o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato 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 letto l’informativa privacy di cui al Regolamento europeo 679/2016 allegata alla presente;

☐ di consentire la trasmissione e raccolta di copia della DAT presso la banca dati nazionale ai sensi del Decreto del Ministero della salute 10 dicembre 2019, n. 168, con il quale è stato adottato il “Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)”- Informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT;

☐ di consentire/non consentire la notifica tramite mail dell’avvenuta registrazione nella banca dati nazionale

 DAT (in caso di consenso, indicare la mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Roccavione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma intestatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parte riservata all’ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di fronte all’ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e registrata al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data odierna.

Roccavione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n. 2016/679)  |
|  ☐  | Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento Europeo 679/2016/UE "General Data Protection Regulation" informiamo che il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Roccavione. L’Ente garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. I diritti degli interessati sono quelli previsti negli articoli da 15 a 20 del Regolamento Europeo 679/2016. Il soggetto interessato può proporre reclamo all’Autorità di controllo. Il Responsabile della Protezione dei Dati (D.P.O.) è il Sig. Roberto Massa. (dpo@comune.roccavione.cn.it) |