



CITTÀ DI ARONA

Provincia di Novara

Via San Carlo, 2 28041 Arona (NO)
Tel. 0322 231111 – 0322 231238
P.IVA: 00143240034 COD.FISC: 81000470039
PEC: protocollo@pec.comune.arona.no.it
MAIL: protocollo@comune.arona.no.it

PRESENTAZIONE DAT (DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO).

COMUNICAZIONE DATI

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

PROVVEDE 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)

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 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.

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.

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 di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI 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 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 _____

Firma del disponente _____

Allega alla presente:

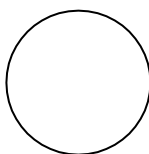
1. Il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato.
2. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.
3. Fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Comune di _____ (_____)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____



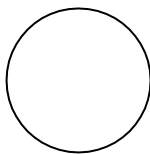
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Comune di _____ (_____)

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____ sono state registrate in data odierna al n _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune, previo invio alla Banca dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della salute.

Data _____



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART.13 DEL REG. UE 27/04/2016 N.679)

Si comunica che tutti i dati forniti saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è consultabile all'indirizzo:

www.comune.arona.no.it/informativa-privacy/