**All’Ufficiale dello stato civile**

del Comune di

**MONTERONI DI LECCE**

**Oggetto: consegna e deposito DAT.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) residente in **MONTERONI DI LECCE** CAP **73047** Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di: **disponente**.

Preso atto della L. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”,

**DICHIARO**

- di essere a conoscenza delle pene previste dall’art.76 del d.P.R. n.445/2000 cui può andare

incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o di esibizione di atto falso contenente dati non più

corrispondenti a verità;

- di depositare in data odierna e in allegato alla presente le mie “disposizioni anticipate di trattamento”, debitamente sottoscritte con firma autografa, formate da n. ……….. fogli;

- a tal fine, di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;

- ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016:

 AUTORIZZO la registrazione e l’inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 “regolamento Banca dati Nazionale DAT) e la conservazione delle stesse presso l’ufficio comunale preposto.

 NON AUTORIZZO la registrazione e l’inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istitutito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 “regolamento Banca dati Nazionale DAT.

 Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna.

 Acconsentire  Non acconsentire

alla ricezione via mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale.

 Dichiaro di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.

Dichiara inoltre di essere consapevole:

 che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca;

 che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione;

 che la propria D.A.T. può essere modificata in qualunque momento mediante consegna di nuova iscrizione nella Banca Dati Nazionale seguendo la stessa procedura iniziale.

- NOMINA QUALE **FIDUCIARIO DELLA D.A.T** DEPOSITATA

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* NOMINA QUALE **FIDUCIARIO SUPPLENTE**, il cui nominativo non verrà trasmesso alla Banca dati nazionale alla quale NON potrà accedervi, nella persona di:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il quale ha già accettato la nomina ed è autorizzato a richiedere la mia disposizione;

Monteroni di Lecce, lì ………………… *Il/La richiedente*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (da firmare in presenza del Funzionario incaricato)

Timbro e firma del Funzionario incaricato

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

*Allega alla presente:*

1. **DAT in duplice originale;**
2. **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
3. **fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.**
4. **fotocopia del documento di identità del fiduciario.**
5. **fotocopia del documento di identità del fiduciario supplente.**

**Parte riservata all’Ufficio**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro dell’Uff. di Stato Civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO**

ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO D.A.T.

Il sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come sopra identificato dichiara di ACCETTARE LA NOMINA DI FIDUCIARIO e di essere consapevole:

 Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.

 Dell’obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l’aggiornamento del registro.

Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parte riservata all’Ufficio**

 La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenzadal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

 Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell’art. 38 c.3 del DPR 445/2000

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma e timbro dell’Uff. di Stato Civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_