

Modulo n. 1

Disponente

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a Drizzona in via/piazza _____ codice fiscale _____
documento d'identità n° _____
tel. _____ 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 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, in busta chiusa e sigillata al comune di Piadena Drizzona;
- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario e del fiduciario supplente di seguito indicati che faranno le mie veci e mi rappresenteranno nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che hanno accettato la mia nomina;
- che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
- che il fiduciario supplente è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
- di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- di aver consegnato al fiduciario supplente una copia della DAT;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciari potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere a conoscenza che nel caso in cui i fiduciari indicati vi rinuncino o siano divenuti incapaci o siano deceduti, 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 essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me

rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

di autorizzare l'invio di copia della DAT al Ministero della Salute per l'inserimento della stessa nella Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento:

SI NO

di autorizzare l'invio della notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati Nazionale DAT :

SI NO

Titolari del trattamento dei dati personali del disponente e dei fiduciari sono il Comune di Piadena Drizzona e il Ministero della Salute.

Piadena Drizzona, _____

Firma intestatario _____

Firma fiduciario _____

Firma fiduciario supplente _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione dell'intestatario e dei fiduciari

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

1) _____

2) _____

3) _____

di fronte all'Ufficiale dello Stato Civile, previa identificazione con documento

1) _____ N° _____ rilasciato da _____

il _____

2) _____ N° _____ rilasciato da _____

il _____

3) _____ N° _____ rilasciato da _____

il _____

registrazione n. _____ data _____

Drizzona _____

Timbro e firma
