

Istanza per la registrazione di una **Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT)** e relativi consensi al trattamento dei dati personali

Io/noi sottoscritto/i/e:

Dati del/la disponente (può non essere compilato, qualora l'istanza sia del/la solo/a fiduciario/a)

Cognome Nome data di nascita/...../.....
Stato di nascita Comune di nascita
Codice Fiscale residente nello Stato
Comune indirizzo
CAP Telefono Email

Dati del/la fiduciario/a (può non essere compilato, qualora l'istanza sia del/la solo/a disponente)

Cognome Nome data di nascita/...../.....
Stato di nascita Comune di nascita
Codice Fiscale residente nello Stato
Comune indirizzo
CAP Telefono Email

ai sensi della legge 22 dicembre 2017, n. 219, del Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168 e delle successive istruzioni dello stesso Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, nonché del vigente regolamento comunale in materia,

CHIEDO/IAMO

che l'Ufficiale di Stato Civile di questo Comune provveda ad iscrivere nell'apposito registro comunale:

- 00 - Mera **comunicazione di avere sottoscritto una DAT**, disponibile al seguente indirizzo:

Barrare qui anche in caso di solo deposito di DAT sigillata presso l'ufficio di stato civile.

Il deposito di una:

- 01 - DAT senza indicazione fiduciario
 02 - DAT con indicazione e accettazione del fiduciario
 03 - DAT con indicazione fiduciario non ancora accettata

La modifica di una precedente disposizione già depositata:

- 04 - Nomina fiduciario con accettazione
 05 - Nomina fiduciario senza accettazione
 06 - Accettazione nomina da parte del fiduciario
 07 - Rinuncia alla nomina da parte del fiduciario
 08 - Revoca DAT
 09 - Revoca della nomina del fiduciario
 10 - Revoca tutte le DAT precedentemente trasmesse
 99 - Caso non contemplato nei codici precedenti (dettagliare)

Sono/siamo informato/a/e/i, per aver letto l'apposita informativa resa disponibile dal Comune, delle modalità con cui avverrà il trattamento dei dati personali.

Sono/siamo altresì consapevole/i che i dati relativi alla DAT potranno essere trasmessi, previo consenso da me/noi fornito, al Ministero della Salute ai fini della gestione della banca dati nazionale DAT.

Il trattamento dei dati eventualmente trasmessi alla banca dati nazionali DAT avviene secondo l'informativa resa disponibile dal Ministero della Salute sul proprio sito istituzionale.

Pertanto, in relazione alla presente istanza, fornisco/forniamo **il mio/nostro consenso:**

- alla registrazione dell'istanza sul Registro Comunale;
- all'invio della registrazione effettuata in Comune alla Banca dati nazionale DAT;
- all'invio di copia della DAT alla Banca dati nazionale DAT;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale DAT.

Sono/siamo consapevole/i che, in assenza di consenso, non sarà possibile effettuare quanto richiesto.

_____ li _____
Il disponente **Il/la fiduciario/a**

SPAZIO A CURA DELL'UFFICIO DI STATO CIVILE

Data _____

Io sottoscritto/a Ufficiale dello Stato Civile,

RICEVO

dalla/le persona/e meglio generalizzate più sopra la presente istanza e copia del documento di identità di chi l'ha sottoscritta:

DICHIARO CHE LA DAT

- è stata consegnata aperta, leggibile e scansionata e verrà allegata al registro comunale.
- è stata consegnata sigillata all'ufficio di stato civile e verrà allegata al registro comunale, per il solo deposito
- non viene consegnata all'ufficio di stato civile, in quanto trattasi di mera comunicazione di sottoscrizione.



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE