



COMUNE DI SIZIANO

PROVINCIA DI PAVIA

P.zza G. Negri, 1 - 27010
www.comune.siziano.pv.it

TEL. 0382/67801
FAX 0382/61.76.60

Istanza di deposito delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento - D.A.T.

(art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Siziano in via _____

codice fiscale _____

tipo documento d'identità _____ n° _____ del

_____ rilasciato da _____

tel. _____ mail _____

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16.01.2018)

chiede

di consegnare le proprie **DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)** all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Siziano

dichiara

a tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), in attuazione della Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", quanto segue:

di aver compilato e sottoscritto il proprio testamento biologico allegato alla presente istanza nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta;

di avere inserito nella busta che si deposita le proprie Dichiarazioni Anticipate di Trattamento debitamente sottoscritte con firma autografa, unitamente a copia del proprio documento di identità e copia di valido documento di identità del fiduciario;

di aver individuato il fiduciario, maggiorenne, capace di intendere e di volere, che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie nel caso di una futura incapacità del sottoscritto di autodeterminazione, nella persona di:

1) sig./sig.ra Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il _____ residente

a _____;

2) sig./sig.ra Cognome _____
Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente
a _____;

(oppure)

- 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;
- che il fiduciario ha accettato la nomina mediante:
 - sottoscrizione delle DAT;
 - con atto successivo, allegato alle DAT;
- che al fiduciario è stata consegnata una copia delle DAT, come indicato all'art. 4, comma 2 della Legge 219/17;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato o modificato in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione, mediante istanza di revoca o di modifica da presentare all'Ufficio dello Stato Civile del Comune di residenza;
- 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 volontà espressa;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere modificate in ogni momento e ciò sarà possibile a seguito di nuova richiesta di deposito, seguendo la medesima procedura iniziale;
- di essere a conoscenza che le DAT depositate possono essere revocate in ogni momento e ciò potrà avvenire solo per espressa richiesta del disponente mediante compilazione e sottoscrizione di apposita istanza;

dichiara

inoltre di essere consapevole che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR, (General Data Protection Regulation), il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata rilasciata e sarà improntata a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

dichiara

infine che, ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute, come previsto dal Decreto n. 168 del 10/12/2019, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 il 17/01/2020, entrato in vigore il 01/02/2020,

- acconsente non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della Salute, ed indica di seguito il proprio recapito di posta elettronica, autorizzando così il suddetto Dicastero all'invio delle previste comunicazioni:

Siziano, _____

Firma del/la disponente
