

DISPONENTE
Richiesta registrazione Disposizioni 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 Cittadella (PD) in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ e-mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

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 le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento, contenenti le mie 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, al Comune di Cittadella;
- di aver nominato il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
- che il fiduciario sostitutivo è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
- di aver consegnato al/ai fiduciario/i una copia delle DAT;
- 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 obbligo di motivazione;
- 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 a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui il/i fiduciario/i indicato/i vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

- di acconsentire di non acconsentire
alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca Dati Nazionale;
- di acconsentire di non acconsentire
alla notifica al proprio indirizzo e-mail del numero atto con cui le proprie DAT sono state inserite nella Banca Dati Nazionale;
- di avere preso visione dell'informativa del Comune di Cittadella relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.cittadella.it e disponibile allo sportello;
- di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Cittadella, _____

Firma _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del disponente

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Cittadella, _____ Timbro e firma _____