

Modello 1

ISTANZA DI DEPOSITO DELLE DAT PRESSO L'UFFICIO DELLO STATO CIVILE DEL COMUNE DI GRAVERE

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

residente a Gravere in _____

codice fiscale _____ telefono _____

e - mail _____ pec _____

CHIEDE

il deposito la sostituzione la revoca

delle proprie Disposizioni anticipate di Trattamento – DAT e a tal fine

DICHIARA

Agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato:

di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;

che le proprie DAT sono sottoscritte con firma autografa e che vengono consegnate all'Ufficio di Stato Civile;

che il fiduciario è il Sig./la sig.ra _____

nato/a il _____ a _____ residente a _____

via _____, telefono _____ e-mail _____ che ha

provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario 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 essere in possesso di una copia delle DAT;

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 in caso di cambio di residenza l'ufficio anagrafe del Comune di Gravere darà comunicazione del deposito delle DAT al nuovo comune di residenza;

di prestare di non prestare

il proprio consenso all'invio di una copia delle DAT alla Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle DAT, istituita presso il Ministero della Salute e gestita dalla Direzione Generale competente in materia di digitalizzazione e sistemi informativi sanitari;

(nel caso di non consenso all'invio della documentazione l'indirizzo di reperibilità delle Dat è il seguente:

di essere a conoscenza che l'Ufficiale di Stato Civile, dopo la ricezione della DAT, trasmette alla Banca Dati Nazionale tramite un modulo elettronico i dati anagrafici e i contatti del disponente, del fiduciario e copia della DAT (se il disponente ha prestato il consenso);

di prestare di non prestare

il proprio consenso alla ricezione di una notifica tramite email da parte del Sistema della Banca Dati Nazionale dell'avvenuta registrazione della DAT nella Banca Dati nazionale;

di essere a conoscenza che il ritiro delle DAT presso l'Ufficio di Stato Civile può essere effettuato esclusivamente dal sottoscritto, dal fiduciario o dalle strutture sanitarie che ne facciano richiesta;

di essere a conoscenza che la consultazione delle DAT presso la Banca Dati Nazionale può essere effettuata dal medico che ha in cura in paziente, dal fiduciario e dal disponente;

di essere consapevole ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, integrato dal Regolamento UE 2016/679, che il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti personali, e sarà effettuata anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Gravere, _____

FIRMA

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____ di fronte al sottoscritto Ufficiale di Stato Civile, previa identificazione con documento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____.

La DAT è stata registrata al n. _____ in data _____

Gravere, _____

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
