

REGISTRO D.A.T. N. _____ DEL _____ L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE _____
PROTOCOLLO N. _____

ALL'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
del Comune di MAPELLO

**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO PRESSO IL COMUNE DI MAPELLO DELLA DICHIARAZIONI
ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI (D.A.T.)**

Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di
trattamento" - Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati
Nazionale DAT)

Dati del DISPONENTE sottoscrittore della DAT

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

_____ nato/a il _____ a _____
residente a Mapello, in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____,
telefono _____ e-mail _____
(alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

DICHIARA

che in data _____, ho personalmente depositato le mie "disposizioni anticipate di
trattamento", debitamente sottoscritte con firma autografa, formate da n. fogli e da n.
allegati.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016:

- AUTORIZZO (prestando consenso) la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale DAT)
- Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna ed esprimo il consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale D.A.T
- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati raccolti presso l'Ufficio di Stato Civile e nella Banca Dati nazionale per le D.A.T. e del trattamento conforme al disposto degli art.7 e 8 del Decreto 168/2020 del Ministero della Salute
- richiedo l'invio al mio indirizzo e-mail della comunicazione di conferma dell'acquisizione della mia DAT nella Banca Dati Nazionale
- di essere a conoscenza della possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (D.A.T.), della nomina del fiduciario e della possibile rinuncia all'incarico da parte di quest'ultimo

NOMINA

QUALE FIDUCIARIO DELLA D.A.T DEPOSITATA

(E' possibile nominare **un solo fiduciario**. Un eventuale supplente deve essere indicato, con la relativa accettazione nella D.A.T.)

Dati del FIDUCIARIO

Il/La Sig./Sig.ra(Cognome/Nome) _____
nato/a il _____ a _____
residente a Mapello, in Via/piazza _____ n. _____ C.F. _____
telefono _____ e-mail (alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni) _____

Mapello li _____ Firma _____
(Firmare davanti all'Ufficiale di Stato Civile)

Parte riservata all'Ufficio

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato

Data _____ firma e timbro dell'Ufficiale di Stato Civile _____

PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO

ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO D.A.T.

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

come sopra identificato dichiara di **ACCETTARE LA NOMINA DI FIDUCIARIO** e di essere consapevole:

- Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.
- Dell'obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l'aggiornamento del registro

DICHIARA di:

- aver preso visione dell'informativa resa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE/2016/679 per il trattamento dei dati raccolti presso l'Ufficio dello Stato Civile e nella Banca Dati Nazionale per le D.A.T.
- Mapello _____ Firma _____

Parte riservata all'Ufficio

- La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato
- Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art.38 c.3 del DPR 445/2000

Data _____ firma e timbro dell'Ufficiale di Stato Civile _____

LA DICHIARAZIONE del **DISPONENTE** DEVE ESSERE COMPILATA E DOVRA' ESSERE SOTTOSCRITTA **DAVANTI ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE** previo **appuntamento** da fissare utilizzando una delle seguenti modalità:

- mail: demografici@comune.mapello.bg.it telefonando al nr. 0354652558

LA FIRMA **DEL FIDUCIARIO** PUO' ESSERE APPOSTA IN SEPARATA SEDE PURCHE' IN ORIGINALE E PURCHE' SIA ALLEGATA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO



Prot. n. _____

ISTANZA DI MODIFICA AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (variazione FIDUCIARIO)

Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

All'Ufficiale dello Stato Civile del
Comune di Mapello

Il sottoscritto

Dati del richiedente sottoscrittore della DAT	Cognome _____ nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____ Residente in Mapello Tel.: _____ mail _____
--	---

in relazione alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento depositata presso questo Ente come segue

Estremi consegna DAT	Data consegna _____ N. prot. _____ Cognome e nome fiduciario _____
-----------------------------	---

CHIEDE

La modifica del nominativo del fiduciario e comunica le generalità del nuovo fiduciario maggiorenne e capace di intendere e di volere che, sottoscrivendo il presente atto dichiara di essere consapevole che

- Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.
- Dell'obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l'aggiornamento del registro
- Che i soggetti preposti alla tenuta del Registro Comunale non possono essere chiamati a rispondere per il contenuto, l'efficacia, l'opponibilità e qualsiasi altro effetto delle dichiarazioni il cui deposito è attestato nella presente dichiarazione

Generalità nuovo Fiduciario	Cognome _____ nome _____ Comune di nascita _____ stato _____ Data di nascita _____ cittadino/a _____ Residente a _____ in _____ Tel.: _____ mail _____ <i>(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)</i>
------------------------------------	---

Firma del **DISPONENTE**

Firma del **NUOVO FIDUCIARIO**

Mapello,

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dai dichiaranti della cui identità mi sono accertato mediante: **i documento di identità allegati**

Data _____ firma e timbro del funzionario _____



Prot. n. _____

ISTANZA DI RITIRO DELLA BUSTA CONTENETE LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI (D.A.T.)

Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

All'Ufficiale dello Stato Civile del
Comune di Mapello

Il sottoscritto

Dati del richiedente sottoscrittore della DAT	Cognome _____ nome _____
	Comune di nascita _____ stato _____
	Data di nascita _____ cittadino/a _____
	Residente a Mapello in _____
	Tel.: _____ mail _____

CHIEDE

Il ritiro della busta depositata presso questo Ente e registrata nel Registro comunale delle Dichiarazioni anticipate come segue

Estremi consegna DAT	Data consegna _____
	N. prot. _____ N. registro _____

Dichiara .

- di essere a conoscenza che il ritiro della busta comporta l'immediata cancellazione dal registro comunale dei testamenti biologici.

Mapello,

Firma del dichiarante (**DISPONENTE**)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: **il documento di identità allegato**
Data _____ firma e timbro del funzionario _____

Mapello,

Firma del **FIDUCIARIO** per presa visione

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: **il documento di identità allegato**
Data _____ firma e timbro del funzionario _____

Parte riservata all'ufficio

CONSEGNATA BUSTA CONTENENTE LE DAT IN DATA _____

Firma del disponente

Firma e timbro del funzionario