

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F)
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza	N. civico		CAP	
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

in qualità di **DISPONENTE**,

### PROVEDE

<input type="checkbox"/>	a presentare presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui alla L. 22/12/2017 n. 219, sottoscritte in data _____ con le quali ha espresso le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari
--------------------------	---

### INFORMA

<input type="radio"/>	di prestare il proprio consenso all'invio di copia dell'atto contenente le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data _____, alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168. In tal caso:
<input type="radio"/>	di prestare il consenso alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT
<input type="radio"/>	di NON prestare il consenso alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT
<input type="radio"/>	di NON prestare il proprio consenso all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale. Reperibilità della DAT:
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)	
N° civico	
Scala	
Piano	
Interno	
Telefono	

consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

<input type="checkbox"/>	di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere																																								
<input type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento																																								
<input type="radio"/>	che la DAT è "senza indicazione" del fiduciario																																								
<input type="radio"/>	che la DAT è con indicazione del fiduciario nella persona di																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cognome</td> <td style="width: 33%;">Nome</td> <td colspan="2">Codice fiscale</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Luogo di nascita</td> <td>Provincia</td> <td>Stato</td> <td>Data nascita</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>Residente in</td> <td>Provincia</td> <td>Stato</td> <td>Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Indirizzo residenza</td> <td>N. civico</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEC (Domicilio elettronico)</td> <td>Email (Posta elettronica)</td> <td colspan="2">Telefono fisso / cellulare</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		Cognome	Nome	Codice fiscale						Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita				-	Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza					Indirizzo residenza		N. civico	CAP					PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare					
Cognome	Nome	Codice fiscale																																							
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita																																						
			-																																						
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza																																						
Indirizzo residenza		N. civico	CAP																																						
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare																																							
<input type="radio"/>	la DAT è stata accettata dal fiduciario																																								
<input type="radio"/>	la DAT NON è stata ancora accettata dal fiduciario																																								
<input type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che:																																								
<input type="checkbox"/>	l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza bisogno di motivazione																																								
<input type="checkbox"/>	nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente																																								
<input type="checkbox"/>	Il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto.																																								
<input type="checkbox"/>	che sarà premura del sottoscritto informarne l'Ufficio di Stato Civile.																																								
<input type="checkbox"/>	di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.																																								

## DICHIARA INOLTRE

<input type="checkbox"/>	di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento
--------------------------	---

<b>Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni</b>

### ALLEGATI

	Allegato
<input checked="" type="checkbox"/>	Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità -----
<input type="checkbox"/>	Fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità -----
<input type="checkbox"/>	Altri allegati Inserire una breve descrizione dell'allegato...

Richiedente