

**ISCRIZIONE NEL REGISTRO COMUNALE DELLE  
DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – DAT**

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

residente a VALMOREA (CO) in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F.: \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_,

indirizzo e-mail/PEC \_\_\_\_\_

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,

**CHIEDO**

ai sensi dell'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, **l'iscrizione nel registro comunale delle "Disposizioni anticipate di trattamento - DAT"** e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia dichiarazione, redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta.

A tal fine,

**DICHIARO**

- di **consegnare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)**, 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, in busta chiusa e sigillata, al Comune di Valmorea e che il documento è integro in tutte le sue parti;
- di aver **nominato i seguenti FIDUCIARI, che hanno accettato l'incarico, a cui è stata consegnata copia delle mie DAT** e che sono autorizzati a richiedere la busta contenente la mia dichiarazione (*indicare cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza, CF e recapiti*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre:

- di avere inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento d'identità dei fiduciari;

- 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 a conoscenza che il fiduciario potrà ottenere la propria cancellazione previa dichiarazione, da me controfirmata per conoscenza;
- 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 mia volontà;
- di essere a conoscenza che la propria DAT può essere modificata in qualunque momento, e ciò sarà possibile a seguito del ritiro della busta chiusa precedentemente consegnata e di una nuova iscrizione al Registro seguendo la stessa procedura iniziale;
- di essere a conoscenza che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca.

Inoltre, autorizzo l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nel registro (barrare le opzioni scelte), nel caso di loro richiesta:

- Coniuge/Unito civilmente     Parenti fino al 2° grado     Convivente di fatto  
 Medici curanti     Medico di famiglia  
 Direttore sanitario/legale rappresentante dell'istituto di cura o assistenza in cui dovessi essere ricoverato  
 Associazioni promotrici  
 Altro soggetto nominativamente individuato \_\_\_\_\_

**Allego:**

- il documento riportante le DAT (busta chiusa);
- fotocopia documento di riconoscimento del disponente;
- fotocopia documento di riconoscimento dei fiduciari.

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N 196  
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI"**

I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni di volontà relative ai trattamenti sanitari.

- Il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi o modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;

- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali;

- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;

- i dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza e i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante nell'istanza consegnata all'atto della richiesta di iscrizione nel registro. I dati personali conferiti a seguito dell'iscrizione nel registro non saranno oggetto di diffusione.

- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. LGS. 196/2003 "accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge" avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nell'Ufficiale dello Stato Civile.

- La richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel registro.

- Il titolare del trattamento è l'Ufficiale dello Stato Civile.

Valmorea, \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_

**COMUNE DI VALMOREA (CO)**

**parte riservata all'ufficio**

L'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Valmorea **ATTESTA di aver ricevuto** in data \_\_\_\_\_ dal/dalla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, una **Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT)** e di averla registrata in data odierna al N. \_\_\_\_\_ nell'apposito elenco cronologico delle dichiarazioni presentate.

Valmorea, \_\_\_\_\_

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE