

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di POLCENIGO

OGGETTO: **Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.**
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
in _____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ cittadino/a
_____ codice fiscale _____ telefono _____ e-mail
_____ PEC _____ quale
“disponente”

CHIEDE

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento–DAT e a tal fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci e previamente informato ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679,

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di POLCENIGO

che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ nato/a in
_____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ cittadino/a
_____ codice fiscale _____ telefono _____ 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 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 dare il consenso alla comunicazione telematica della DAT al Sistema Sanitario Nazionale

di non dare il consenso alla comunicazione telematica della DAT al Sistema Sanitario Nazionale

Allega:

- le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- la nomina del fiduciario e l’accettazione dell’incarico da parte dello stesso, se non presente nella DAT, e copia di un documento d’identità del fiduciario;

Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____

Timbro

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

INFORMATIVA RESA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo relativo alla Legge 22-12-2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" e saranno improntati ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Si comunica che tutti i dati identificativi: cognome e nome, residenza, nascita, identificativo online, dati di contatto (mail, domicilio, numero telefonico, altro) comunicati al Comune di Polcenigo saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento UE 2016/679.

I dati saranno trasmessi al Sistema Sanitario Nazionale e ad altre strutture del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno al fine di rendere effettiva la sua dichiarazione.

Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali ed informatici.

Il trattamento non comporterà l'attivazione di un processo decisionale automatizzato.

I dati personali vengono conservati a tempo illimitato nel rispetto della vigente normativa.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 2016/679.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 è reperibile presso l'ufficio servizi demografici e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo:

www.comune.polcenigo.it.

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di POLCENIGO, nella figura del Sindaco Protempore.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	Telefono	Mail	P.E.C.
Ga Service	329 1215005	info@gaservice.info	gilberto.ambotta@mailcertificata.it

In caso di trasmissione telematica al Sistema sanitario Nazionale esso diventa titolare del trattamento dei dati

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____
nato/a in _____ il _____

sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune e/o presso il Sistema Sanitario Nazionale, in conformità ai principi di integrità e riservatezza di cui al Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

Data _____

Timbro

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE