



**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO PRESSO IL COMUNE DI SARONNO 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 (D.A.T.)"

PARTE RISERVATA AL DISPONENTE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Stato _____

CODICE FISCALE _____

Data di nascita _____ Residente a Saronno in _____ civico _____

Tel.: _____ mail _____

(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

DICHIARA

che in data _____ ho personalmente depositato le mie "disposizioni anticipate di trattamento".

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

- AUTORIZZO** la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale D.A.T."
- NON AUTORIZZO** la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale D.A.T."
- 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 nella Banca Dati Nazionale per le D.A.T.

NOMINA

QUALE FIDUCIARIO DELLA D.A.T. DEPOSITATA

È possibile nominare un solo fiduciario. Un eventuale supplente deve essere indicato,
con la relativa accettazione nella D.A.T.

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Stato _____

CODICE FISCALE _____

Data di nascita _____ Residente a _____ in _____ civico _____

Tel.: _____ mail _____

(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

Saronno li

Firma Dichiarante

(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'Uff. 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

Saronno li, _____

Firma fiduciario _____

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'Uff. di Stato Civile

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

- Scrivendo all'indirizzo: urp@comune.saronno.va.it
- Telefonando allo 0296710372 dalle 08:30 dalla 12:30 dal lunedì al venerdì

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