

DISPONENTE
Richiesta registrazione Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a Mori (TN) in via/piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ email _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

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,

dichiaro

- ☐ di consegnare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento, 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, al Comune di Mori;
- ☐ di aver nominato il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- ☐ che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
- ☐ che il fiduciario sostitutivo è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
- ☐ di aver consegnato al/ fiduciario/i 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 essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- ☐ di essere a conoscenza che, nel caso in cui il/i fiduciario/i indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

- ☐ di acconsentire ☐ di non acconsentire

alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca Dati Nazionale;

- ☐ di acconsentire ☐ di non acconsentire

alla notifica al proprio indirizzo e-mail del numero atto con cui le proprie DAT sono state inserite nella Banca Dati Nazionale;

- ☐ di avere preso visione dell'informativa del Comune di Mori relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.mori.tn.it e disponibile allo sportello;

- ☐ di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Mori, _____

Firma disponente _____

Firma fiduciario _____



Comune di Mori

Provincia di Trento

Informativa semplificata per modulistica

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio alla Persona per lo svolgimento dell'attività di gestione stato civile in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è COMUNE DI MORI con sede a MORI (TN) in via Scuole n. 2 (e-mail rpd@comune.mori.tn.it, sito internet www.comune.mori.tn.it), Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

L'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 è a disposizione presso il Servizio alla Persona.