

Registro Comunale _____

Invio Min. Salute prot. _____

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di _____

**OGGETTO: Sostituzione o Revoca delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.
(Art. 4, 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"

in relazione alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento DAT depositata presso questo Comune in data

CHIEDE

LA SOSTITUZIONE DELLE PROPRIE DAT LA REVOCA DELLE PROPRIE DAT

CONSEGNA

(in caso di sostituzione) personalmente le proprie nuove Disposizioni Anticipate di Trattamento e a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di _____;
- di essere a conoscenza che le DAT riguardano solo i trattamenti durante la vita del disponente, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Non riguardano, invece, le manifestazioni di volontà concernenti i trattamenti della persona dopo la morte (ad esempio la cremazione) che andranno indirizzate, con le forme previste, al competente ufficio e, così come altre eventuali dichiarazioni/indicazioni non previste dalla L. 219/2017, qualora contenute nella DAT, non saranno trattate in alcun modo;
- di accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all'informativa "*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*" che mi viene consegnata in data odierna;

di consentire la trasmissione e la raccolta di copia della DAT alla Banca dati nazionale, ai sensi del decreto del ministero della salute 10 dicembre 2019, n. 168;

di chiedere la notifica tramite email sopra indicata dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale;

- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

DICHIARA INOLTRE

che il Fiduciario è il/la Sig./ra _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____

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, nel caso in cui il Fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

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;

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità;
- L'accettazione della nomina da parte 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