

INTESTATARIO

Richiesta registrazione Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)

(Art. 4 L. 22 dicembre 2017 n. 219)

Io sottoscritto _____

nato a _____

il _____ residente a Pescantina in via _____

codice fiscale _____ Doc. Identità _____

tel. _____ mail _____

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 dichiarazione mendaci ai sensi dell'art. 76 del Decreto sopra citato,

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 e a singoli trattamenti sanitari, al Comune di Pescantina;
- 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/la sig./sig.ra _____
- di aver consegnato al 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 essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 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 acconsentire / di non acconsentire alla trasmissione delle proprie DAT alla Banca Dati Nazionale;
- di acconsentire / di non acconsentire alla notifica al proprio indirizzo e-mail del numero atto con cui la le proprie DAT sono state inserite nella Banca Dati Nazionale;
- di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute;
- di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n- 196 del 30.06.2003 e Regolamento Ue n. 679/2016, (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

Pescantina, lì _____

Firma intestatario _____

Firma fiduciario _____