



COMUNE di ARDEA

Città Metropolitana di Roma Capitale

Modulo DAT - Intestataro e fiduciario

**Al Comune di Ardea
Ufficio di Stato Civile**

**Consegna della Dichiarazione Anticipate di Trattamento - DAT e accettazione dell'incarico
di "FIDUCIARIO"
(Art. 4 della Legge 22/12/2017 n. 219)**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
Nato/a a _____ il _____
residente ad Ardea in via _____ n. _____
Codice fiscale _____ documento di identità _____
rilasciato da _____ n. _____
tel. _____ email _____,

per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

1. di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT - contenente la mia 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, in busta chiusa;
2. di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio documento d'identità valido e copia del documento del 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 e a cui affido copia della presente dichiarazione;
3. Il fiduciario è _____,
nato a _____ il _____;
4. aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
5. 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;
6. di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
7. di non aver predisposto e/o depositato presso altri Ufficio di Stato Civile o soggetti, altre DAT;
8. di essere consapevole che ai sensi del D. Lgs. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018 in attuazione del Regolamento UE n. 2016/679, il trattamento delle informazioni rese, effettuabile 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;

CHIEDO

che si provveda all'annotazione della presente dichiarazione nell'apposito Registro e che la stessa sia conservata presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Ardea.

Ardea, _____

Firma Intestataro _____



COMUNE di ARDEA
Città Metropolitana di Roma Capitale

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
Nato/a a _____ il _____
residente ad Ardea in via _____ n. _____
Codice fiscale _____ documento di identità _____
rilasciato da _____ n. _____
tel. _____ email _____,

nelle mie capacità di intendere e di volere,

ACCETTO

1. la nomina di fiduciario nella Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT - redatta dall'intestatario suindicato e registrata al num. _____ in data _____ presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Ardea;
2. di essere a conoscenza che è possibile rinunciare alla nomina con atto scritto e comunicato al disponente e che l'incarico di fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Ardea, _____

Firma Fiduciario _____

Spazio riservato all'Ufficio

Le presenti dichiarazioni sono state sottoscritte di fronte all'Ufficiale di Stato Civile, previa identificazione.

Registrazione n. _____/20____ del _____

Ardea, _____

L'Ufficiale di Stato Civile _____