

DICHIARAZIONI ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

DICHIARAZIONE DI DEPOSITO PRESSO L'UFFICIO DELLO STATO CIVILE DEL COMUNE DI ANCONA

LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219 – ART. 4, COMMA 6

Prot. n.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a ail.....

Residente ad Ancona, in via /p.za.....n.

Codice Fiscale.....Recapito tel.

indirizzo mail.....

Agli effetti degli artt. 47 e 77 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali nella quali possa incorrere in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Di avere redatto per scrittura privata e sottoscritto la propria Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari e di indicare quale persona di fiducia

il/la sig/ra, nato/a a

il.....residente in

via che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato come da specifica dichiarazione, al quale ho consegnato una copia della DAT.

DEPOSITA

In data odierna presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di Ancona, consegnandone una copia in plico chiuso e sigillato nelle mani dell'ufficiale dello Stato Civile che lo riceve per essere annotato nell'apposito registro al numero d'ordine/ Il sottoscritto/a autorizza il Comune di Ancona a fornire le predette informazioni soltanto al fiduciario o al medico che l'abbia in cura.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì:

- di prestare** consenso **di non prestare** consenso

all'invio di copia della Dat alla banca dati nazionale del Ministero della Salute, legge n. 205 del 27 dicembre 2017;

- di prestare** consenso **di non prestare** consenso

alla notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale Dat;

di aver inserito nel plico sigillato anche copia del proprio documento di identità;

di essere a conoscenza che la DAT può essere rinnovata, modificata o revocata in ogni momento;

di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione espressa ;

che il fiduciario nominato ha diritto a rinunciare all'incarico ricevuto in qualsiasi momento. In tal caso o nel caso sia divenuto incapace o sia deceduto la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

di essere consapevole che ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito escludendo 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.

FIRMA

Il sottoscritto -----Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Ancona riceve il plico in busta chiusa e sigillata e accerta che la suddetta dichiarazione è resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante la cui identità mi sono accertato mediante

Ancona, _____

L'Ufficiale di Stato Civile