

Allegato "4" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle DAT)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

All'Ufficiale di Stato Civile
del Comune di Monte Sant'Angelo

Oggetto: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT (Art. 4, comma 6, L 22/12/2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Sesso M F CF _____

Nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero) il _____

Cittadino _____ residente a Monte Sant'Angelo in Via _____ n. _____

Pec/e-mail _____ tel/cell _____

Documento certificativo dell'identità _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

CHIEDE
quale Disponente

Di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento e, a tal fine

D I C H I A R A

- 1) Di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- 2) Di essere residente nel Comune di Monte Sant'Angelo;
- 3) di avere redatto e sottoscritto, nei modi di legge, un documento (Dichiarazione di volontà) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- 4) che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ nato/a il _____ a _____, prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____ che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;
- 5) che l'originale del Testamento / Dichiarazione di volontà redatto è conservato presso _____ via _____ n. _____ città _____ n.tel/cell _____;
- 6) che il/i nominativo/i del/i soggetto/i fiduciario/i che vengono da me nominati e che avrà/avranno il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse

nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire, è/sono il/i seguente/i:

il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____,
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

(Supplente) il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____
a _____, prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

- 7) [] che i soggetti autorizzati ad accedere al Registro relativamente alla posizione afferente il sottoscritto, sono, oltre che quelli legittimati da disposizioni di legge o regolamentari, esclusivamente i seguenti: (barrare l'alternativa prescelta)
- Soggetto/i fiduciario/i;
 - Medico curante;
 - Altri _____ soggetti _____ (specificare _____ quali)

_____;
- 8) [] di essere a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate;
- 9) [] di essere consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.
- 10) [] 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;
- 11) [] di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento.
- 12) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso all'invio di copia della DAT alla Banca Dati nazionale.
- 13) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati nazionale DAT.

Monte Sant'Angelo _____ (luogo e data)

Allega:

- Le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

IL DICHIARANTE

_____ (firma per esteso)

IL FIDUCIARIO _____ dichiara

Di accettare la nomina di fiduciario per il Sig./ra _____ nato/a in _____ il _____ residente a in via _____ n. _____, per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento;

di accettare il trattamento dei dati finalizzato alla registrazione nella Banca Dati Nazionale _____ (firma per esteso del fiduciario)

IL FIDUCIARIO _____ dichiara

Di accettare la nomina di fiduciario per il Sig./ra _____ nato/a in _____ il _____ residente a in via _____ n. _____, per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento;

di accettare il trattamento dei dati finalizzato alla registrazione nella Banca Dati Nazionale _____ (firma per esteso del fiduciario)

.....
RISERVATO ALL'UFFICIO

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraesesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal fiduciario _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal fiduciario _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro