

Oggetto: consegna e deposito DAT

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ CAP _____
Via/Piazza _____, n. _____, cittadino/a _____
Telefono _____, Fax _____ e-mail: _____
P.E.C. _____ in qualità di: disponente.

Preso atto della L. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento",

DICHIARO

- che in data _____, ho personalmente depositato le mie "disposizioni anticipate di trattamento", debitamente sottoscritte con firma autografa, formate da n. _____ fogli e da n. _____ allegati.;

- a tal fine, di essere persona residente in _____, maggiorenne e capace di intendere e volere;

- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016:

AUTORIZZO la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale DAT);

NON AUTORIZZO la registrazione e l'inserimento della D.A.T. nel Registro Nazionale per le DAT istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale DAT);

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella disposizione anticipata di trattamento (D.A.T.), depositata in data odierna ed esprimo il consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale D.A.T);

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati nazionale per le D.A.T.

- NOMINA QUALE FIDUCIARIO DELLA D.A.T DEPOSITATA

(E' possibile nominare un solo fiduciario. Un eventuale supplente deve essere indicato, con la relativa accettazione nella D.A.T.)

Cognome _____ nome _____

Comune di nascita _____ stato _____

Data di nascita _____ cittadinanza _____

Residente a _____ cap. _____

CODICE FISCALE _____

Indirizzo _____ civico _____

Tel.: _____ mail _____

(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

Luogo, li

Il/La richiedente

.....
Timbro e Firma del Funzionario incaricato

Allega alla presente:

1. **il documento sopracitato;**
2. **fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
3. **fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità.**

PARTE RISERVATA AL FIDUCIARIO

ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO D.A.T.

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

come sopra identificato dichiara di **ACCETTARE LA NOMINA DI FIDUCIARIO** e di essere consapevole:

Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici.

Dell'obbligo di comunicare al comune la variazione del proprio indirizzo e recapiti per l'aggiornamento del registro

Modugno, _____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa **e sottoscritta in mia presenza** dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante: il documento di identità allegato;

Sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art. 38 c.3 del DPR 445/2000

Data _____

Firma e timbro dell'Uff. di Stato Civile

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679

Si informa, ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo N. 679/2016 (GDPR) e del d.lgs. n. 101/2018, che il Comune di Modugno tratta i dati personali anagrafici contenuti negli archivi elettronici e cartacei esclusivamente per svolgere un servizio pubblico legittimato dalle leggi nazionali e dai regolamenti comunali di settore.

I dati personali sono trattati ai sensi dell'art. 5 del GDPR, adottando le misure idonee a proteggerli e a tutelarne la riservatezza, esclusivamente per i fini per i quali essi sono raccolti, archiviati, consultati e organizzati, senza possibilità di divulgarli a soggetti non autorizzati.

Il cittadino può esercitare i propri diritti:

in via generale, ai sensi degli artt.11-12;

in via specifica, ai sensi degli artt. 14-15-16-17-18-19-20-21-22-23 del GDPR;

inviando opportuna comunicazione posta all'attenzione del Sindaco pro-tempore, Titolare del trattamento dei dati personali e al Responsabile della protezione dei dati personali pro-tempore, utilizzando uno o più dei seguenti contatti:

- comunemodugno@pec.rupar.puglia.it
- +39 0805865111 (Centralino)
- Piazza del Popolo 16 70026 Modugno (BA).

Ulteriori informazioni sono nella sezione Privacy del sito web istituzionale www.comune.modugno.ba.it.