Ricevuta di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) relative ai trattamenti sanitari ai sensi della legge 22/12/2017 n. 219, art. 4, comma 6.

Io sottoscritto ……..……

nato a …….…… il ……

residente a San Vittore Olona in via …….…… n ……...

codice fiscale ……

recapito telefonico ……

indirizzo e mail …….…….

CONSEGNO

le Disposizioni Anticipate di Trattamento relative ai trattamenti sanitari per la conservazione presso l'ufficio dello stato civile redatte nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Nomino i seguenti **fiduciari** che sono autorizzati a richiedere la busta contenente la mia disposizione ***(indicazione facoltativa)***

1) Cognome e Nome …….

nato a ……..…. il ……

residente a …….

in via …… n ……..

codice fiscale …….

recapito telefonico …….

indirizzo e mail ……..

2) Cognome e Nome …….

nato a ……..…. il ……

residente a …….

in via …… n ……..

codice fiscale …….

recapito telefonico …….

indirizzo e mail ……..

a) Sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.

b) Sono a conoscenza della Banca dati nazionale, regolata dal Ministero della Salute con Decreto del 10/12/2019, e per quanto riguarda l'invio di tutta la documentazione cartacea ed all'inserimento dei dati personali tramite procedura on line nella piattaforma attivata dal Ministero mi esprimo come segue:

- ACCETTO
- NON ACCETTO

San Vittore Olona, lì_____

Firma del Disponente (nome e cognome) ……..

Identificativo previa esibizione di documento d'identità …….……

n …….. rilasciato il …… da …….……...

1) **Firma per accettazione del Fiduciario** (nome e cognome)

……..

(allegare carta di identità)

2) **Firma per accettazione del Fiduciario** (nome e cognome)

……..……

(allegare carta di identità)

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI"

- I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni di volontà relative ai trattamenti sanitari e delle attività ad esso correlate e conseguenti.
- Il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi o modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedimentali;
  Il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;
- I dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza e i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante nell'istanza consegnata all'atto della richiesta di iscrizione nel registro. I dati personali conferiti a seguito dell'iscrizione nel registro non saranno oggetto di diffusione.
- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. LGS. 196/2003 "accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge" avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nel dirigente dei Servizi demografici.
- La richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'iscrizione nel registro.
- Il titolare del trattamento è il Comune di San Vittore Olona.

==========

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Io sottoscritto ……..……., Ufficiale dello Stato Civile del Comune di San Vittore Olona, ho identificato il suddetto disponente, il quale in data odierna mi ha consegnato le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

A tale documento è stato assegnato il numero progressivo …… riportato anche nel Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

L'identificazione è avvenuta per esibizione del documento di identità: n ……...

rilasciato il …… da ……

San Vittore Olona, ……./……./…….

L'Addetto ricevente

……