All’Ufficio di Stato Civile

Comune di Salza di Pinerolo

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – D.A.T.**

(Art.4 legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Salza di Pinerolo in via/frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento d’identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di **DISPONENTE** ai sensi della legge 22 dicembre 2017 n. 219 (G.U. n. 12 del 16.01.2018)

**CHIEDE**

Di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.) in BUSTA CHIUSA** □

**DICHIARA**

(*barrare e compilare solo i campi che interessano)*

**A tal fine agli effetti dell’art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci**:

□ di essere capace d’intendere e di volere;

□ di aver inserito nella busta le proprie Dichiarazioni Anticipate di Trattamento da consegnare al Comune di Salza di Pinerolo, **debitamente sottoscritte** con firma autografa, unitamente a copia del proprio documento d’identità in corso di validità;

□ di essere in possesso di una copia delle DAT;

|  |
| --- |
| FIDUCIARIO (*facoltativo)* |
| □ di nominare quale **FIDUCIARIO** per rappresentare il/la sottoscritto/a nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il/la sig./sig.ra:  nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  documento d’identità n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ che il fiduciario è una persona maggiorenne e capace d’intendere e di volere;  □ che viene allegata copia del documento d’identità in corso di validità del fiduciario;  □ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario rinunci, sia incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia ma in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;  □ che il fiduciario ha accettato la nomina con:   * sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT; * con atto successivo, che è allegato alle DAT;   □ che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT;  □ 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; |

□ di essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

□ di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

ALLEGA ALLA PRESENTE

* il documento succitato in busta chiusa;
* fotocopia del proprio documento d’identità in corso di validità;

Salza di Pinerolo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

*Parte riservata all’ufficio*

|  |
| --- |
| **Ricevuta dell’ufficio di Stato Civile**  Accertatomi dell’identità e residenza del/della disponente sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ricevo la relativa Disposizione anticipata di trattamento, che viene inserita al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’apposito registro.  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma e timbro dell’ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |