***Spett.le***

***UFFICIO DELLO STATO CIVILE***

***DEL COMUNE DI***

***93017 San Cataldo (CL)***

***Piazza Papa Giovanni XXIII, 2***

*OGGETTO: Consegna di Disposizioni anticipate di trattamento D.A.T. e Rilascio di Ricevuta.*

*(art. 4 L. 219/2017 e Circolare M.I del 18/02/2018)*

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………

nato a ……………………………………………………….……..il…………………………………………………….

residente a San Cataldo in Via/Piazza………………………………….................................n............................

Cittadinanza........................................................cod.fiscale………………………………….................................

Tel/Cell……………………..................................mail/pec………………………………………………………….....

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n.12 del 16-01-2018)

**CONSEGNA**

le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.**)

 documento NON in busta chiusa

 in BUSTA CHIUSA

**DICHIARA**

a tal fine e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci

dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

 di essere residente in San Cataldo;

 di essere persona MAGGIORENNE e capace di intendere e di volere;

 di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, redatte nella seguente forma: **Atto**

**Pubblico/ Scrittura Privata Autenticata/ Scrittura Privata** e debitamente sottoscritte, unitamente

alla copia del proprio documento d’identità ;

 di aver/ non aver nominato in qualità di ***FIDUCIARIO*** (con copia del documento d’identità) il

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome e Nome – Data e luogo di nascita)*

che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, in ordine ai trattamenti medici da

eseguire e alle altre dichiarazioni manifestate

 che il fiduciario ha accettato la nomina con:

o sottoscrizione dello stesso documento contenente le DAT;

o con atto successivo, che è allegato alle DAT;

 che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT;

*(oppure*)

 che le DAT non contengono l’indicazione del fiduciario e di essere informato che in caso di necessità

il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno.

**D I C H I A R A**

**altresì**

 di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi

momento;

 di essere in possesso di una copia delle DAT .

 di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o

sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

 ALTRO:...........................................................................................................................................

Allega alla presente:

*1.* le Disposizioni Anticipate di trattamento (DAT) ;

*2.* fotocopia del proprio documento d’identità.

*Dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che il trattamento dei dati sopra riportati sarà improntato*

*ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti personali, e sarà effettuata anche con strumenti*

*informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.*

San Cataldo, lì.............................................

***Firma del disponente***

…..........................................................................

Disponente identificato a mezzo …......................................................................................

di cui si allega copia (carta d'identità, passaporto, patente ecc.)

***COMUNE DI SAN CATALDO***

***Provincia di Caltanissetta*** *UFFICIO DELLO STATO CIVILE*

***Ricevuta presentazione D.A.T***

*(L. 219/2017 e Circolare M.I del 18/02/2018)*

N...................................Registro

Data..................................

L'Ufficiale dello Stato Civile

…..............................................................

Timbro ufficio

**REGISTRAZIONE PROTOCOLLO DELL’ENTE**

N……………………………. DEL………………………………………...