

Registro Comunale \_\_\_\_\_

Invio Min. Salute prot. \_\_\_\_\_

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di TOLMEZZO

**OGGETTO: Sostituzione o Revoca delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.  
(Art. 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

quale “disponente”

in relazione alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento DAT depositata presso questo Comune in data

\_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

LA SOSTITUZIONE DELLE PROPRIE DAT       LA REVOCA DELLE PROPRIE DAT

#### **CONSEGNA**

(in caso di sostituzione) personalmente le proprie nuove Disposizioni Anticipate di Trattamento e a tal fine

#### **DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di TOLMEZZO;
- di essere a conoscenza che le DAT riguardano solo i trattamenti durante la vita del disponente, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Non riguardano, invece, le manifestazioni di volontà concernenti i trattamenti della persona dopo la morte (ad esempio la cremazione) che andranno indirizzate, con le forme previste, al competente ufficio e, così come altre eventuali dichiarazioni/indicazioni non previste dalla L. 219/2017, qualora contenute nella DAT, non saranno trattate in alcun modo;
- di accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all'informativa “*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT*” che mi viene consegnata in data odierna;

di consentire la trasmissione e la raccolta di copia della DAT alla Banca dati nazionale, ai sensi del decreto del ministero della salute 10 dicembre 2019, n. 168;

di chiedere la notifica tramite email sopra indicata dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale;

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

#### **DICHIARA INOLTRE**

che il Fiduciario è il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

- di aver consegnato a detto Fiduciario 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;

di non aver indicato alcun Fiduciario e di essere informato che 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.

Allega:

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Disponente (per esteso e leggibile)**

Il sottoscritto Fiduciario dichiara

- di accettare la nomina;
- di accettare il trattamento dati previsto dal D.M. 168/2019 di cui all’informativa “*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le 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.

Allega:

- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)**

### PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal Disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

dal Fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro

\_\_\_\_\_  
**L’ufficiale dello Stato Civile**