



Ufficio: Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.)

CITTA' DI **SARONNO** - Provincia di Varese

**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO PRESSO IL COMUNE DI SARONNO DELLA DICHIARAZIONI
ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI (D.A.T.)**

Legge 22/12/2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale (D.A.T.)"

PARTE RISERVATA AL DISPONENTE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Stato _____

CODICE FISCALE _____

Data di nascita _____ Residente a Saronno in _____ civico _____

Tel.: _____ mail _____

(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

DICHIARA

che in data _____ ho personalmente depositato le mie "disposizioni anticipate di trattamento".
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 istituito con Decreto Ministero Salute 10 dicembre 2019 n. 168 "regolamento Banca dati Nazionale D.A.T."

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

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

È possibile nominare un solo fiduciario. Un eventuale supplente deve essere indicato,
con la relativa accettazione nella D.A.T.

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Stato _____

CODICE FISCALE _____

Data di nascita _____ Residente a _____ in _____ civico _____

Tel.: _____ mail _____

(Alla quale si chiede di inviare tutte le comunicazioni)

Saronno li

Firma Dichiarante

(Firmare davanti all'ufficiale di Stato Civile)

Comune di Saronno - Piazza della Repubblica 7 - 21047 Saronno (Va)

Tel. 02.967.101 - Fax 02.967.01.389 - partita IVA 00217130129

e-mail: protocollo@comune.saronno.va.it <http://www.comune.saronno.va.it>

Posta elettronica certificata: comunesaronno@secmail.it



Ufficio: Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.)

CITTA' DI **SARONNO** - Provincia di Varese

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

Data _____

firma e timbro

dell'Uff. di Stato Civile

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

Saronno li, _____

Firma fiduciario _____

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

LA DICHIARAZIONE DEL DISPONENTE DEVE ESSERE COMPILATA E DOVRA' ESSERE SOTTOSCRITTA DAVANTI ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE previo **APPUNTAMENTO** da fissare utilizzando una delle seguenti modalità:

- Scrivendo all'indirizzo: urp@comune.saronno.va.it
- Telefonando allo 0296710372 dalle 08:30 dalla 12:30 dal lunedì al venerdì

LA FIRMA DEL FIDUCIARIO PUO' ESSERE APPOSTA IN SEPARATA SEDE PURCHE' IN ORIGINALE E PURCHE' SIA ALLEGATA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO