Rev. 03
del 01/06/2020

All'UFFICIO DELLO STATO CIVILE
del Comune di ESTE

Il/la sottoscritto/a

cognome (*)_____

nome (*) _____

Comune di nascita (*)_____Stato di nascita (*)_____

data di nascita (*) (formato gg/mm/aaaa) ____/____/_____

Comune di residenza (*) _____

Indirizzo di residenza (*) _____ n . _____

Codice fiscale * |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tel. _____ e-mail. _____

C H I E D E

in qualità di **DISPONENTE**, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (G.U. n. 12 del 16-01-2018) e del D.M. Salute del 10 dicembre 2019 n. 168 di consegnare le proprie **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.**) affinché le stesse siano CONSERVATE presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Este e ne sia comunicata alla Banca Dati Nazionale delle DAT tenuta dal Ministero della Salute l'esistenza e l'allocazione presso questo Ufficio,

prestando, ai sensi di quanto previsto dal DM Salute n. 168/2019, i seguenti consensi:

1) all'invio telematico della copia della propria DAT alla Banca Dati nazionale istituita presso il Ministero della Salute (D.M. 1° dicembre 2019, n. 168):

- ❑ **ACCONSENTO**

(oppure)

- ❑ **NON ACCONSENTO**

2) a ricevere notifica, all'indirizzo e - mail sopra indicato, dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT;

- ❑ **ACCONSENTO**

(oppure)

- ❑ **NON ACCONSENTO**

3) al trattamento a norma del GDPR, *Reg.(UE) n. 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 smi* dei propri dati personali finalizzati all'alimentazione della Banca Dati Nazionale (nei limiti del consenso sopra prestato di cui ai precedenti punti 1) e 2)) da parte dei soggetti alimentanti e del Ministero della Salute, come da informativa sotto riportata, consapevole che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione. Il titolare del trattamento dei dati personali sono il Comune di Este, per quanto riguarda i trattamenti finalizzati al deposito, registrazione delle DAT ed alimentazione della banca dati nazionale ed il Ministero della Salute, per quanto riguarda la tenuta e gli accessi alla Banca Dati Nazionale delle DAT.

- ❑ **ACCONSENTO**

(oppure)

- ❑ **NON ACCONSENTO** (in mancanza di consenso non sarà possibile procedere al deposito della DAT ed aggiornamento della banca dati nazionale)

Dichiaro di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e *GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)* 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.

*Dichiaro inoltre di aver **preso visione** e **ricevuto copia** **dell'informativa** resa dal Ministero della Salute ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, la quale è disponibile nel sito web del Ministero della Salute, di cui al seguente link:*

http://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4956&area=dat&menu=vuoto, che si invita a consultare per le modifiche e/o aggiornamenti all'informativa medesima.

Al fine di quanto sopra 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, il sottoscritto

DICHIARA

- ❑ di essere capace d'intendere e volere;
- ❑ di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte relative alle D.A.T. di cui si chiede il deposito;
- ❑ di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento debitamente sottoscritte, unitamente a copia del proprio valido documento d'identità e copia del valido documento d'identità del fiduciario :

cognome (*)_____

nome (*) _____

Comune di nascita (*)_____Stato di nascita (*)_____

data di nascita (*) (formato gg/mm/aaaa) ____/____/_____

Comune di residenza (*) _____

Indirizzo di residenza (*) _____ n . _____

Codice fiscale * |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tel. _____ e-mail. _____

- ❑ che il fiduciario è persona maggiorenne e capace d'intendere e volere;
- ❑ 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 il fiduciario, letta e ricevuta copia dell'informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR Reg. UE n. 2016/679, ha prestato il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali, **come risulta dalla DAT o da documento allegato ad essa** (in mancanza di consenso non sarà possibile procedere al la registrazione della nomina del fiduciario all'interno del registro comunale delle DAT e nella banca dati nazionale delle DAT tenuta dal Ministero della Salute);
- ❑ che al fiduciario è stata rilasciata copia delle DAT del sottoscritto;

  (oppure)
- ❑ che le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario;
- ❑ di essere a conoscenza delle modalità per rinnovare, modificare o revocare le DAT in qualsiasi momento, con le stesse modalità con le quali le DAT sono state depositate;
- ❑ di essere in possesso di una copia delle DAT .

_____, lì ____/____/_____ **il Dichiarante**
(luogo) (data)

_____

Allega alla presente (*):

1. Documento contenente le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento;
2. fotocopia del documento d'identità in corso di validità del disponente;
3. fotocopia del documento d'identità del Fiduciario;

Tutti i dati da rendere ed i documenti da allegare, contrassegnati da (*) sono obbligatori, quindi in loro mancanza non sarà possibile procedere al deposito delle DAT e registrazione presso la banca dati nazionale delle DAT tenuta dal Ministero della Salute, fino ad intervenuta integrazione. E' altresì obbligatorio procedere ad esprimere le scelte relative ai consensi