



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

Mod. 1/219/2017

**Al Comune di San Marzano sul Sarno
Ufficio di Stato Civile**

Richiesta di iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
(c.f. _____) residente nel Comune di San Marzano sul Sarno (SA)
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
pec _____

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 ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato

DICHIARO

di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari al Comune di San Marzano sul Sarno, consapevole che l'Addetto dell'Ente provvederà, contestualmente alla ricezione della presente Istanza, ad imbustare la consegnata DAT chiudendo la relativa busta che sarà conservata presso l'Ufficio di Stato civile dell'Ente;

oppure

di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari al Comune di San Marzano sul Sarno, in busta chiusa da me stesso che sarà conservata presso l'Ufficio di Stato civile dell'Ente;



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

DICHIARO

- di aver individuato il Fiduciario nella persona di:

Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____
(c.f. _____) residente a _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
pec _____

- di aver individuato il sostituto Fiduciario nella persona di:

Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____
(c.f. _____) residente a _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
pec _____

oppure

- 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;

DICHIARO

- di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario e di sostituto fiduciario potrà essere nominato, revocato o sostituito in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

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

DICHIARO

- di essere a conoscenza 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 da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;
- di essere consapevole che l'Addetto alla ricezione dell'Ufficio di Stato civile non è a conoscenza di quanto dichiarato nella DAT e nei documenti eventualmente allegati, non è responsabile del suo contenuto e non è tenuto a dare informazioni circa la redazione delle DAT stesse, dovendosi limitare a verificare i presupposti della consegna - con particolare riguardo all'identità ed alla residenza del consegnante nel comune - e a riceverla.

ALLEGRO

- copia del mio documento di riconoscimento;
- originale del modello di accettazione del fiduciario con copia di documento di riconoscimento;
- originale del modello di accettazione del sostituto fiduciario con copia di documento di riconoscimento;
- n. 1 copia della Dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) da consegnare al fiduciario;
- n. 1 copia della Dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) da consegnare sostituto del Fiduciario.

San Marzano sul Sarno, li _____

Firma del Disponibile



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

PROVINCIA DI SALERNO

Firma del Fiduciario _____

Firma del sostituto Fiduciario _____

Parte riservata all'ufficio

Identificazioni

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____
- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____
- Sig./Sig.ra _____
(c.f. _____), previa identificazione con documento
_____ n° _____ rilasciato
da _____ il _____

di fronte all'Ufficiale di stato civile, trascritta al n. _____ del Registro comunale delle Dichiarazioni anticipate di trattamento dell'anno _____ e relativa alla Dichiarazione anticipata di trattamento n. _____ dell' anno.

San Marzano sul Sarno, li _____

Timbro e firma