

**Al Comune di Carpi**

**Servizi demografici**

**RICHIESTA DI DEPOSITO DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

**(art. 4 legge n. 219 del 22 dicembre 2017)**

Io sottoscritto/a ....., nato/a a.....  
il....., residente a Carpi, in Via/Piazza.....  
codice fiscale .....  
documento d'identità n. ....  
tel..... cell. .... e-mail.....

**nella mia piena capacità di intendere e volere,**

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato

**dichiaro**

- di consegnare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento, debitamente sottoscritte con firma autografa in data ....., contenenti le mie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici ed a singoli trattamenti sanitari, al Comune di Carpi;
- di aver nominato quale fiduciario il/la sig./ra ..... che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la nomina;
- di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato in qualunque momento senza obbligo di motivazione;
- di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che, ai sensi dell'art. 4, comma 4, l. 219/2017, 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;
- di essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- di essere a conoscenza che, nel caso in cui il fiduciario indicato rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà espressa;
- # di acconsentire      # di non acconsentire  
alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca Dati Nazionale del Ministero della Salute;
- # di acconsentire      # di non acconsentire  
alla notifica al proprio indirizzo e-mail del numero atto con cui le proprie DAT sono state inserite nella Banca Dati Nazionale del Ministero della Salute;
- di aver preso visione dell'informativa del Comune di Carpi sul trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito web

- di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it>).

Carpi, li .....

.....

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione di deposito è stata resa e sottoscritta dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante.....

Carpi, li .....

.....

**L'Ufficiale dello Stato Civile**

**ACCETTAZIONE NOMINA A FIDUCIARIO**

Il/la sottoscritto/a .....

come meglio identificato, dichiara di accettare la nomina a fiduciario e di essere consapevole:

- Che il fiduciario è il soggetto chiamato a dare espressione fedele della volontà del dichiarante per quanto riguarda le decisioni relative ai trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con il medico o le strutture sanitarie.
- di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it>).

Carpi, li .....

.....

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione di accettazione dell'incarico di fiduciario è stata resa e sottoscritta dal fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante.....

Carpi, li .....

.....

**L'Ufficiale dello Stato Civile**