

All'ufficiale dello Stato civile

Comune di

☒ RICHIESTA/SOSTITUZIONE ☐ REVOCA
DEL DEPOSITO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
(DAT)
Articolo 4, L. 219/22.12.2017

Il/la sottoscritto/a			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
☐ Permesso	☐ Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali del Municipio,

CHIEDE

☒ Il deposito	☐ La sostituzione	☐ La revoca
--	---------------------------------------	---------------------------------

delle proprie DAT.

DICHIARA

nel pieno delle proprie capacità di intendere e di volere, che le proprie DAT sono debitamente sottoscritte con firma autografa.

☐ Trasmette in allegato il modello di nomina del fiduciario.

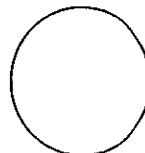
Il/La disponente

Ricevuta di deposito – a cura dell'ufficio di Stato civile

Il sottoscritto, verificata l'effettiva residenza in questo Comune del disponente, identificato mediante documento d'identità n. _____, rilascia la presente ricevuta e assicura la regolare tenuta delle DAT e l'annotazione nell'apposito registro con numero _____.

_____ il, _____

Il funzionario ricevente



All'ufficiale dello Stato civile

Comune di

RITIRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)
Articolo 4, L 219/22.12.2017

Il/la sottoscritto/a			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
☐ Permesso	☐ Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali del Municipio,

CHIEDE

la consegna

☐ Delle proprie DAT
☐ Delle DAT di <i>(Nome e cognome)</i>

DICHIARA

di essere

☐ Disponente	
☐ Fiduciario	facente le veci in rappresentanza del suddetto/a
☐ Amministratore di sostegno nominato dal Giudice tutelare	disponente nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

☐ In caso di amministrazione di sostegno Trasmette in allegato copia della nomina da parte del Giudice tutelare.

Il richiedente

All'ufficiale dello Stato civile

Comune di

☐ **NOMINA** ☐ **REVOCA**
DEL FIDUCIARIO

Articolo 4, L 219/22.12.2017

Il/la sottoscritto/a			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
☐ Permesso	☐ Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali del Municipio, in relazione al deposito delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) presso questo Comune, effettuato in data _____

COMUNICA

la ☐ nomina/ ☐ revoca come proprio fiduciario del/la sig./ra

Nome/Cognome			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
☐ Permesso	☐ Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

Eventualmente in caso di revoca E nomina come proprio nuovo fiduciario il/la sig./ra

Nome/Cognome			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
e-mail	Telefono		
☐ Permesso	☐ Carta di soggiorno n°	Valido dal	al

DICHIARA

- di essere consapevole che in assenza di nomina del fiduciario o di sua rinuncia, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare e che la revoca del fiduciario dovrà essere fatta con le stesse modalità previste per la nomina, senza obbligo di motivazione.

Il/La disponente

In caso di nomina Il fiduciario per accettazione

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.