

La presente è solo un'accompagnatoria della DAT, che deve essere predisposta a cura del disponente (l'U.O. Stato Civile non dispone di modelli per la redazione delle DAT)

AI COMUNE DI UDINE
c.a. U.O. Stato Civile

Mod. 02 - Consegna DAT (Disposizione Anticipata di Trattamento) ai sensi della L. 219/2017, con nomina e accettazione del fiduciario.

Il/La sottoscritto/a **DISPONENTE**:

(Cognome) _____ (Nome) _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

residente a Udine in Via _____ n. _____
maggiorenne e capace di intendere e di volere, in allegato alla presente

CONSEGNA

personalmente la propria DAT, redatta ai sensi e per gli effetti di cui alla L. 219/17, informato che:

- **l'U.O. Stato Civile non partecipa alla redazione delle DAT**, né fornisce informazioni o avvisi in merito al contenuto della stessa;
- **le DAT riguardano solo i trattamenti durante la vita del disponente**, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. **Non riguardano**, invece, le manifestazioni di volontà concernenti **i trattamenti della persona dopo la morte** (*quali, ad esempio, la cremazione, la dispersione delle ceneri o l'affidamento dell'urna cineraria*), che andranno indirizzate, con le forme previste, al competente ufficio e, così come altre eventuali dichiarazioni/indicazioni non previste dalla L. 219/2017, qualora contenute nella DAT, non saranno trattate in alcun modo dall'U.O. Stato Civile;
- con il consenso del disponente, **verrà inviata copia dell'allegata DAT alla Banca dati Nazionale** istituita presso il Ministero della Salute, con le modalità previste dal D.M. n. 168 del 10 dicembre 2019.

A tal fine, il sottoscritto, presta i seguenti consensi previsti dalla normativa vigente e necessari ai fini dell'inoltro dell'allegata DAT alla Banca dati Nazionale:

- PRESTA** il consenso all'invio di copia dell'allegata DAT alla Banca dati Nazionale;
- NON PRESTA** il consenso all'invio di copia dell'allegata DAT alla Banca dati Nazionale che pertanto verrà custodita presso gli Uffici dello Stato Civile del Comune di Udine;
- PRESTA** **NON PRESTA** il consenso alla notifica, via e-mail, dell'avvenuta registrazione nella Banca dati Nazionale delle DAT (indicare e-mail) _____
- il sottoscritto disponente **accetta il trattamento dati** - D.M. 168 del 10 dicembre 2019 ¹.

¹l'informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT è reperibile al seguente link del Sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4956_1_file.pdf .

Il sottoscritto disponente ha nominato quale proprio FIDUCIARIO, per le finalità connesse all'applicazione della legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento":

(Cognome) _____ (Nome) _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel _____, mail _____

maggiorenne e capace di intendere e di volere, identificabile a mezzo del seguente documento di identità (indicare tipo di documento) _____ n. _____
rilasciato/a da _____ in data _____

- che ha accettato e sottoscritto la nomina a fiduciario nell'allegata DAT;
- che accetta il consenso al trattamento dati - D.M. 168 del 10 dicembre 2019² dopo averne preso visione dal Sito del Ministero della Salute al seguente link:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4956_1_file.pdf

Il/la sottoscritto/a **DISPONENTE** chiede di essere contattato/a in merito al presente procedimento ai seguenti recapiti: tel. _____ e-mail _____
e allega fotocopia di un proprio documento d'identità in corso di validità.

Per la consultazione della DAT, gli aventi titolo potranno accedere al link:

https://dat.salute.gov.it/dat_spid_login/ del Ministero della Salute, previo accesso tramite CNS (Carta Nazionale Servizi), CIE (Carta di Identità Elettronica) oppure SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale).

*Il titolare dei trattamenti dei dati personali forniti con il presente modello è il Comune di Udine.
Ogni trattamento avverrà nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
Dichiaro di aver preso visione dell'informativa completa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm. e degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.*

Udine, li _____

Firma del disponente

Firma del fiduciario ³

²la mancata dichiarazione del consenso al trattamento dati DM 168/2019, del disponente e del fiduciario sarà causa ostativa per la trasmissione della DAT alla Banca Dati Nazionale.

³Se la firma non è posta in presenza Ufficiale Stato Civile, allegare un documento di identità valido.