

**OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.  
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
VIA \_\_\_\_\_, N. \_\_\_ Cittadino \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
quale "disponente"

**CHIEDE**

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT e a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di TERMOLI
- di aver indicato il seguente fiduciario: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, via/c.da \_\_\_\_\_, n. \_\_, che ha sottoscritto per accettazione le DAT consegnate;
- Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo sulla Privacy (N. 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa completa è consultabile presso l'ufficio ricevente e alla sezione "Privacy" del sito web istituzionale del Comune di TERMOLI.

Con specifico riferimento alla trasmissione di copia della DAT alla Banca dati nazionale, di cui al Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168 recante "Regolamento concernente la Banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)", il/la sottoscritto/a:

- esprime il proprio consenso alla trasmissione in elettronico di copia delle proprie DAT alla Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute;
- non esprime il proprio consenso alla trasmissione in elettronico di copia delle proprie DAT alla Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute, e pertanto dichiara che le proprie DAT sono reperibili al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_;
- acconsente alla notifica tramite e-mail al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ dell'avvenuta registrazione delle proprie DAT nella Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute;
- non acconsente a ricevere notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione delle proprie DAT nella Banca dati nazionale presso il Ministero della Salute.

*Allega:*

- Le proprie disposizioni anticipate di trattamento, complete di accettazione del fiduciario e corredate del relativo documento di identità;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

TERMOLI, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del disponente (per esteso e leggibile)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

TERMOLI, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L'Ufficiale dello Stato Civile