

ISTANZA - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
cellulare \_\_\_\_\_, mail: \_\_\_\_\_ (per la notifica d'iscrizione nella

Banca Dati Nazionale), dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, chiedo di essere iscritto nel <<Registro delle disposizioni anticipate di trattamento del comune di Arsiè>> in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarmi.

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi dichiaro quanto segue:

- 1) ho espresso in anticipo le mie volontà in materia di trattamenti sanitari (DAT);
- 2) ho nominato un fiduciario per l'attuazione di tali volontà nella persona del sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_, mail: \_\_\_\_\_, il quale ha accettato di ricoprire tale incarico;
- 3) le citate DAT, munite della mia firma autografa e dell'accettazione sottoscritta dal fiduciario, sono state da me chiuse in una busta controfirmata sui margini, che consegnerò al comune di Arsiè in allegato alla presente dichiarazione; all'interno della busta è allegata anche copia dei documenti del sottoscritto disponente e del fiduciario;
- 4) copia delle DAT è stata da me in precedenza consegnata al mio fiduciario;
- 5) la busta contenente le DAT dovrà essere consegnata, a semplice richiesta scritta, esclusivamente al sottoscritto o al mio fiduciario, oltre che alle strutture sanitarie nel rispetto dell'emanando decreto del Ministro della Salute previsto dall'art. 1, comma 419, della legge 27/12/2017, n. 205;
- 6) di essere a conoscenza che, in caso di emigrazione in altro Comune, dovrò ritirare le DAT entro 30 giorni, e che, in caso di mancato ritiro delle stesse entro il citato termine, il Comune procederà d'ufficio alla cancellazione del mio nominativo dal Registro e alla distruzione delle DAT;
- 7) esonero il comune di Arsiè da ogni responsabilità per la forma e i contenuti delle DAT;
- 8) ho letto e accetto le disposizioni del "Regolamento per l'istituzione e la disciplina del registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)" approvato dal consiglio comunale di Arsiè con delibera del 21.03.2019, n. 17;
- 9) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui d.lgs. 30/06/2003, n. 196 e ss.mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

10) di prestare il consenso alla trasmissione di copia della Dat alla Banca dati Nazionale  SI  NO;

11) di essere informato di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali.

Si allega fotocopia di un documento d'identità.

**Il Dichiarante**

La dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza.

Arsiè, \_\_\_\_\_

**Il responsabile del procedimento**