



# **CITTÀ DI PERGOLA**

**Medaglia d'oro al Risorgimento**

Comune della Provincia di Pesaro e Urbino

---

**[Allegato 3]**

## **Iscrizione al Registro Comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) relative ai trattamenti sanitari**

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto ....., nato a  
.....  
il ....., C. F. ....,  
residente a Pergola in .....,  
recapito telefonico .....,  
indirizzo p.e.c. ....,  
in qualità di disponente ai sensi della Legge 219/2017

### **CHIEDE**

l'iscrizione nel registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento relative ai trattamenti sanitari e la conservazione presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

Il sottoscritto, come sopra generalizzato, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false

### **DICHIARA**

- di aver personalmente depositato in data odierna la busta chiusa contenente la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in materia di trattamenti sanitari (ex art. 4, L. 219/2017); l'Ufficiale di Stato Civile ha verificato il contenuto della DAT ed ha sigillato la busta contenente la predetta dichiarazione, provvedendo ad annotare la dichiarazione stessa nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Pergola al n. .... in data .....
- di essere consapevole delle norme contenute nella citata Legge n. 219/2017, con particolare riferimento alle modalità di redazione delle DAT, al loro contenuto e alla possibilità di modificarle e/o revocarle;
- di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte;
- di assumersi l'integrale ed esclusiva responsabilità per quanto disposto nelle DAT consegnate in data odierna all'Ufficio di Stato Civile per il suo deposito, esonerando il Comune di Pergola ed i soggetti da esso preposti alla tenuta del Registro DAT, da qualsiasi responsabilità inerente al contenuto;

- di essere capace di intendere e di volere e di nominare in qualità di eventuale fiduciario e di eventuale fiduciario supplente le seguenti persone:

**Fiduciario:**

Nome: .....  
 Cognome: .....  
 Luogo e data di nascita: .....  
 Comune di residenza:.....  
 Indirizzo di residenza:.....  
 Recapito telefonico: .....  
 Indirizzo p.e.c.:.....

**Fiduciario supplente:**

Nome: .....  
 Cognome: .....  
 Luogo e data di nascita: .....  
 Comune di residenza:.....  
 Indirizzo di residenza:.....  
 Recapito telefonico: .....  
 Indirizzo p.e.c.:.....

**DICHIARO INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:**

- la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca.
- i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione da me controfirmata per conoscenza;

**DISPONGO**

che l'accesso alle mie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) sia

*(barrare con una X la scelta fatta)*

- consentito     negato al mio medico di famiglia
- consentito     negato al mio medico curante
- consentito     negato al fiduciario (se nominato)
- consentito     negato al fiduciario supplente (se nominato)
- consentito     negato al notaio che ha rogato l'atto della mia dichiarazione anticipata di trattamento
- consentito     negato ai seguenti eredi:

- .....  
nato a ..... il .....
- .....  
nato a ..... il .....
- .....  
nato a ..... il .....
- .....  
nato a ..... il .....

Pergola, .....

Firma del **Disponente** (nome e cognome) .....

(Firma).....

Identificato previa esibizione di documento d'identità .....

n. .... rilasciato il ..... da .....

1) Firma del **Fiduciario** (nome e cognome) .....  
(Firma).....  
Identificato previa esibizione di documento d'identità .....  
n. .... rilasciato il ..... da .....

2) Firma del **Fiduciario supplente** (nome e cognome) .....  
(Firma).....  
Identificato previa esibizione di documento d'identità .....  
n. .... rilasciato il ..... da .....

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N 196  
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI"**

I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni anticipata di volontà relative ai trattamenti sanitari e delle attività ad esso correlate e conseguenti.

- Il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi o modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;

- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali;

- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;

- i dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza e i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante nell'istanza consegnata all'atto della richiesta di iscrizione nel registro. I dati personali conferiti a seguito dell'iscrizione nel registro non saranno oggetto di diffusione.

- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. LGS. 196/2003 " accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge" avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nel dirigente dei Servizi demografici.

- La richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel registro.

- Il titolare del trattamento è il Comune di Pergola; il responsabile del trattamento è il responsabile del Servizio servizi Demografici.

Pergola, .....

Firma del **Disponente** (nome e cognome) .....  
.....

Firma del **Fiduciario** (nome e cognome) .....  
.....

Firma del **Fiduciario supplente** (nome e cognome) .....  
.....