

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE  
ALLA NOMINA DI FIDUCIARIO AI SENSI DELLA LEGGE 219/2017**

(artt. 38 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto.....

nato a.....il.....residente a .....

in via .....Codice fiscale.....

Recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

(Eventuali comunicazioni relative alla gestione del registro mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via e-mail sopra indicati, **che sarà mio onere tenere aggiornati.**)

**DICHIARO**

sotto la mia responsabilità e consapevole delle responsabilità penali a cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000

1. di essere a conoscenza di essere stato nominato come persona di fiducia relativamente alla Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) - (dichiarazione di volontà relative ai trattamenti sanitari) redatto da

Sig./Sig.ra: .....

nato/a il ..... a .....

**e di accettare tale nomina;**

2. di aver preso integrale visione della legge 22 dicembre 2017, n. 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

3. di essere a conoscenza che il mio nominativo sarà comunicato alle persone individuate nell'istanza di iscrizione nel registro;

4. di essere a conoscenza di potere rinunciare alla nomina con atto scritto che dovrà essere comunicato all'intestatario della DAT e all'ufficio dello stato civile;

5. di essere consapevole che, ai sensi del D.lgs. n. 193/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti.

DICHIARO INOLTRE di avere proceduto alla sottoscrizione della DAT;

oppure

RICHIEDO che questa dichiarazione sia allegata alla DAT di cui mi sarà rilasciata copia.

Budrio, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DAT E RIPORTATO SUL REGISTRO

COMUNALE: N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il Fiduciario della persona interessata all'iscrizione nel Registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), ai sensi della legge 22 dicembre 2017, n. 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", è tenuto a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà alla presenza di un funzionario del Comune di Budrio (1) oppure a consegnarla al disponente al momento dell'iscrizione con allegata la copia di un valido documento di identità o a farla pervenire con una delle modalità indicate al punto (2) o (3).

**(1) - presentazione diretta:** va sottoscritta davanti al dipendente addetto;

Budrio, li \_\_\_\_\_ Il Funzionario Addetto \_\_\_\_\_

Estremi del documento d'identità.....

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

**(2) - invio per posta o recapito a mezzo di incaricato:** va sottoscritta dall'interessato e va allegata copia semplice di un documento di identità personale – seguirà controllo al recapito telefonico da fornirsi;

**(3)- invio mail a [comune.budrio@cert.provincia.bo.it](mailto:comune.budrio@cert.provincia.bo.it) oppure ad [elettorale@comune.budrio.bo.it](mailto:elettorale@comune.budrio.bo.it):** va sottoscritta dall'interessato e va allegata scansione di un documento di identità personale.

**N.B.: Nel caso in cui la dichiarazione inviata per via telematica non sia sottoscritta mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica, l'ufficio procederà ad un controllo al recapito telefonico fornito dal dichiarante.**