

**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 viaCodice 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 ilda.....

(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 oppure ad 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.