

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Zola Predosa in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole delle proprie responsabilità in caso dichiarazioni false e mendaci ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

### DICHIARA

**A)**  
che in data \_\_\_\_\_ ha compilato e sottoscritto presso lo studio notarile del notaio \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_

ovvero  
che in data \_\_\_\_\_ ha compilato e sottoscritto presso \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_

la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT)

**B)**  
e di aver nominato quale fiduciario il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**C)**  
nonché di aver provveduto a nominare quale Fiduciario supplente il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**D)**  
di essere a conoscenza che i seguenti soggetti da me contestualmente indicati, su richiesta, potranno accedere alle informazioni contenute nel Registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento limitatamente alla documentazione da me presentata.

(barrare le opzioni scelte):

- Coniuge
- Parenti fino al 2° grado
- Conviventi
- Medici curanti
- Medico di famiglia
- Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato
- Associazioni promotrici
- Altro soggetto nominativamente individuato (precisare nome, cognome, luogo e data di nascita) .....

E)

Eventuali comunicazioni relative alla gestione del registro potranno pervenire ai recapiti telefonici e via email sopra indicati, che sarà mio onere tenere aggiornati.

DICHIARA ALTRESI'

- Di essere a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari
- Di essere consapevole che la cancellazione della propria posizione potrà avvenire solo per espressa revoca
- Di essere consapevole che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione controfirmata per conoscenza.

Zola Predosa, li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Identificato previa esibizione di documento d'identità.....  
n. .... rilasciato il ..... da.....

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Zola Predosa in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere a conoscenza dell'avvenuta nomina a suo favore in qualità di Fiduciario da parte del sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Firma del Fiduciario

\_\_\_\_\_

Identificato previa esibizione di documento d'identità.....  
n. .... rilasciato il ..... da.....

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Zola Predosa in via/piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere a conoscenza dell'avvenuta nomina a suo favore in qualità di Fiduciario supplente da parte del sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Firma del Fiduciario supplente

\_\_\_\_\_

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 anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari - giusta delibera del Consiglio comunale di Zola Predosa n. 76 del 26.10.2016 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 direttore dell'area affari generali e istituzionali
- La richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel registro.
- Il titolare del trattamento è il sindaco; il responsabile del trattamento è il direttore dell'area affari generali e istituzionali

**Parte riservata all'Ufficio**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ ho identificato i sopra elencati dichiaranti i quali hanno sottoscritto la dichiarazione in mia presenza, **dichiarazione alla quale è stato attribuito il numero progressivo \_\_\_\_\_** riportato anche nel Registro delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari

Zola Predosa, li \_\_\_\_\_

Firma dell'Ufficiale d'Anagrafe

\_\_\_\_\_