



COMUNE DI BOVEZZO

Provincia di Brescia

Settore Servizi Demografici

Tel. 030/2111206-219 – E-mail: anagrafe@comune.bovezzo.bs.it

Al Comune di Bovezzo
Servizi Demografici

Intestatario

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. (art. 4 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a Cognome _____ nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a Bovezzo in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Documento di identità n. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato.

dichiaro

- Di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al Comune di Bovezzo e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;
- Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;
- Che il fiduciario è il Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____;
- Di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;
- Di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- Di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
- Di essere consapevole che ai sensi dell'Art. 13 – Reg. UE n. 679/2016, (Codice in materia di trattamento dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza (vedi allegati);

Bovezzo, li _____

Firma del **intestatario** _____

Firma del **fiduciario** per accettazione e per avvenuta consegna di copia della DAT allegata alla presente dichiarazione: _____

Comune di Bovezzo (BS)

Via Vittorio Veneto, 28

25073 Bovezzo (BS)

Pec.: demografici@pec.comune.bovezzo.bs.it



COMUNE DI BOVEZZO

Provincia di Brescia

Settore Servizi Demografici

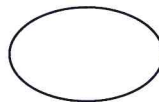
Tel. 030/2111206-219 – E-mail: anagrafe@comune.bovezzo.bs.it

Parte riservata all'Ufficio

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da
Di fronte all'Ufficiale dello Stato Civile, previa identificazione con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
registrazione n. _____ data _____

Bovezzo (BS) _____



L'Addetto ricevente

Esente da Bollo (art. 37/DPR 445/2000, e Art. 4/L 219/2017)