



COMUNE DI CASORATE SEMPIONE

ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI (DAT) "Disposizioni Anticipate di Trattamento" in base alla Legge n. 219 del 22.12.2017: CONSEGNA ED INDIVIDUAZIONE DEI/DEL FIDUCIARI/O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

1. di consegnare il mio testamento biologico in BUSTA CHIUSA al Comune di Casorate Sempione;
2. di avere inserito nella busta, insieme al testamento biologico, copia del mio documento di identità valido alla data odierna e copia del documento di identità dei/del fiduciari/o più sotto individuati/o;
3. di essere consapevole che il Funzionario accettante non conosce il contenuto del testamento biologico, che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti del testamento stesso.
4. di essere a conoscenza delle modalità per revocare o variare il testamento biologico e che il ritiro dello stesso può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dai/dal fiduciari/o individuati;
5. di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., il trattamento delle informazioni di carattere personale sarà effettuato unicamente per le finalità connesse all'iscrizione nel registro, e comunque improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti;

NOMINO

FIDUCIARIO/A la persona di seguito indicata, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta qualora io NON sia in possesso della capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni:

cognome e nome _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

FIDUCIARIO/A SUPPLENTE la persona di seguito indicata, nel caso in cui il/la fiduciario/a sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione:

cognome e nome _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

**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 di volontà relative ai trattamenti sanitari – giusta delibera del Consiglio comunale di Casorate Sempione 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 di settore dei Servizi informativi e demografici.

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

- Il titolare del trattamento è il Responsabile dei Servizi Demografici; il responsabile del trattamento è la responsabile dei Servizi Demografici.

Firma _____

Firma fiduciario _____

Firma fiduciario supplente _____

Parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione, che viene iscritta al n. _____ del Registro comunale dei testamenti biologici, è stata sottoscritta di fronte a me da:

cognome e nome _____
documento di identità _____

cognome e nome _____
documento di identità _____

cognome e nome _____
documento di identità _____

Casorate Sempione, _____

Timbro e firma del Funzionario incaricato

ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI

RICEVUTA

Dichiaro:

di avere ricevuto la busta chiusa contenente il testamento biologico di:
cognome e nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

di avere ricevuto l'istanza di consegna ed individuazione dei/del fiduciari/o, che è stata iscritta al n. _____
del Registro comunale dei testamenti biologici

di avere rilasciato all'interessato/a copia del Regolamento comunale per la tenuta del registro dei testamenti
biologici, approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 67 del 18 dicembre 2013

di avere informato l'interessato/a che il Funzionario accettante non conosce il contenuto del testamento
biologico, che è un atto strettamente personale, e non risponde pertanto dei contenuti del testamento stesso.

Casorate Sempione, _____

Timbro e firma del Funzionario incaricato
