



**COMUNE DI AIELLO DEL FRIULI**  
**Ufficio dello Stato Civile**

**VERBALE DI RICEZIONE DI**  
**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA**  
**PER I TRATTAMENTI SANITARI**

- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 -

Oggi, \_\_\_\_\_ avanti a me, \_\_\_\_\_,  
Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Aiello del Friuli, per delegazione  
avuta, è comparso/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
riconosciuto/a come tale con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

il/la quale mi ha dichiarato quanto segue:

- di non essere interdetto/a per infermità di mente, neppure per sentenza non passata in giudicato;
- di essere nel pieno delle proprie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta;
- di aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze di quanto ha disposto ai sensi dell'art. 4 della Legge 22 dicembre 2017, recante "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento".
- di disporre dei seguenti ulteriori recapiti:
  - tel.: \_\_\_\_\_
  - E-mail: \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza:
  1. che i suoi dati anagrafici e di contatto saranno registrati nella Banca dati nazionale DAT;
  2. delle possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT), della nomina del fiduciario e della possibile rinuncia all'incarico da parte di quest'ultimo;
  3. che il Comune di Aiello del Friuli, titolare del trattamento, utilizzerà i dati personali forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in oggetto, avente finalità istituzionale (art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 e

art. 13 Regolamento UE n. 2016/679) come da informativa pubblicata sul sito web dell'ente e copia consegnata;

4. che in caso di autorizzazione alla raccolta della mia DAT presso la Banca dati nazionale il titolare del trattamento di tali dati sarà il Ministero della Salute che li tratterà conformemente al disposto degli artt. 7 e 8 del decreto 168/2020 del Ministero stesso

Dichiara inoltre:

- di non acconsentire che copia delle sue DAT depositate sia raccolta presso la Banca dati nazionale del Ministero della Salute
- di acconsentire che copia delle sue DAT depositate sia raccolta presso la Banca dati nazionale del Ministero della Salute
- di richiedere l'invio al suo indirizzo mail della comunicazione di conferma dell'acquisizione della mia DAT nella Banca dati nazionale;

A tal fine mi ha formulato richiesta di far luogo alla consegna al sottoscritto di una scrittura privata relativa alle proprie disposizioni anticipate di trattamento finalizzate ad esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonchè il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.

L'interessato/a mi ha altresì dichiarato di aver nominato, con la sua scrittura privata di cui sopra, quale rappresentante fiduciario allo scopo di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nella scrittura privata, la seguente persona, che potrà altresì rappresentarlo/la nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e al/alla quale, in caso di bisogno, il Comune consegnerà il documento contenente le disposizioni anticipate di trattamento:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_  
recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
recapito email/pec: \_\_\_\_\_

precisando che il fiduciario ha sottoscritto la scrittura privata per accettazione.

\* \* \*

Per quanto sopra ricevo dal/dalla componente n. **una** dichiarazione anticipata di trattamento che provvedo a depositare nel fascicolo all'uopo formato. Il presente verbale viene letto al/alla componente il/la quale insieme con me lo sottoscrive, in doppio originale.

Il dichiarante/componente \_\_\_\_\_  
(Firma leggibile e per esteso)

L'Ufficiale dello Stato Civile. \_\_\_\_\_

Timbro dell'Ufficio dello Stato Civile

