 Allegato “N”

**COMUNE DI SANTA TERESA GALLURA**

N. Registrazione: …………

Data: ……………………..

*(parte a cura dell’ufficio*

**NOMINA DEL FIDUCIARIO SUPPLENTE PER LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

***(ai sensi dell’art. 4 della L. del 22.12.2017, n. 219)***

**A) parte da sottoscrivere alla presenza dell’impiegato del Comune di Santa Teresa Gallura,**

**da parte dell’intestatario del testamento biologico.**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………...………………………………………...………………………………

nato/a ……………………………………………prov………………………..il……………….…..…….……

codice fiscale …………………………………..………………………………………………………………

residente a Santa Teresa Gallura in via ….………………….…………………………………………………. Recapito telefonico…………………………..; indirizzo e- mail……………………………………………….

In relazione alla DAT, dal medesimo depositata, Rep. Registro n. ……. Prot. n.…….., del ……/……/……../

Agli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci:

**DICHIARA**

* di nominare quale fiduciario supplente del testamento biologico depositato:

Il Sig./La Sig.ra ……………………………………………nato/a ……………………………………; prov……………………….; il……………….…..…….;

codice fiscale ……………………..……………………………………………………………………;

residente a …………………………in via ….………………….…………………………………… Recapito telefonico…………………………..; indirizzo e- mail………………………………………;

* di essere consapevole che il fiduciario supplente sarà chiamato in sostituzione del “fiduciario”, nel caso in cui questi risulti impossibilitato a svolgere la sua funzione, quale soggetto chiamato a dare fedele espressione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire, nel caso in cui lo stesso diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, a farne le veci e a rappresentarlo nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie;
* di essere a conoscenza delle modalità per revocare o variare la presente nomina di fiduciario ai sensi dell’art. 4 comma 3 della L. del 22.12.2019, n. 217;
* di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Santa Teresa Gallura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 101/2018 e del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
* di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati in BDN pubblicata nella sezione dedicata alle “[Disposizioni anticipate di trattamento DAT](http://www.comune.sesto-fiorentino.fi.it/it/servizi/scheda-servizio/biotestamento-disposizioni-anticipate-di-trattamento-dat)” presente sul sito istituzionale del Ministero della salute.

Santa Teresa Gallura, lì …………………….

Il disponente

……………………………………

 *firma da apporre alla presenza dell’impiegato comunale*

Il Sig./La Sig.ra ………………………………….., dichiara:

🞎 di accettare la presente nomina a fiduciario/a supplente;

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Santa Teresa Gallura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 101/2018 e del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati in BDN pubblicata nella sezione dedicata alle “[Disposizioni anticipate di trattamento DAT](http://www.comune.sesto-fiorentino.fi.it/it/servizi/scheda-servizio/biotestamento-disposizioni-anticipate-di-trattamento-dat)” presente sul sito istituzionale del Ministero della salute.

 Data …………………. Firma per accettazione del fiduciario/a supplente

 ………………………………………...

 *firma da apporre alla presenza dell’impiegato comunale*

*parte riservata all’ufficio*

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta dal dichiarante sig./sig.ra………………………………………………………………………………………………………..

di fronte all’impiegato addetto previa identificazione con documento……………………….. n……………………rilasciato il ………………

da………………………………………………………………………………….…….

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta dal fiduciario sig./sig.ra………………………………………………………………………………………………………..

di fronte all’impiegato addetto previa identificazione con documento……………………….. n……………………rilasciato il ………………

da………………………………………………………………………………….…….

Santa Teresa Gallura, lì……………………. Timbro e firma dell’impiegato