

*All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di Beura Cardezza*

OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT e di iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) – Art. 4 della L. 219/2017 – D.m. 10.12.2019 N. 168

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____
telefono _____ e-mail _____
pec _____
quale “*disponente*”

CHIEDE

L'iscrizione nel registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento relative ai trattamenti sanitari e la conservazione presso l'ufficio di Stato Civile della busta contenente la mia dichiarazione redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole e previamente informato ai sensi dell'art. 13-4 del Regolamento UE 2016/679,

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di Beura - Cardezza

NOMINA

Il seguente **fiduciario** che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, autorizzato a richiedere la busta contenente la propria disposizione:

1) Cognome e Nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____
indirizzo e- mail _____

Nel caso in cui il fiduciario sopra indicato risultasse deceduto, revocato o abbia rinunciato all'incarico, delego a sostituirlo:

2) Cognome e Nome _____
nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____
indirizzo e- mail _____

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario risulta dalla sottoscrizione (*indicare la scelta*):

- della presente istanza;
- del documento contenente le DAT.

DICHIARA Altresì

- di aver consegnato al/ai fiduciari una copia delle DAT;
- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento;
- che i fiduciari potranno rinunciare all'incarico con atto scritto da comunicare al disponente.

oppure

- di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.
- Di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la cancellazione dal registro della mia posizione e di ritirare le mie DAT previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.
- Di essere a conoscenza che il trasferimento di residenza non comporta decadenza del deposito se le stesse non sono oggetto di revoca da parte del disponente.

Contestualmente

INFORMA

- di PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio di copia dell'atto contenente le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data _____, alla BANCA DATI NAZIONALE, istituita presso il Ministero della salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168;

in tal caso:

- di prestare il consenso
- di NON prestare il consenso

alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT
(*in caso di consenso il campo email nei dati del disponente è obbligatorio*)

- di NON PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale.

Reperibilità della DAT (obbligatoria se il disponente non presta il consenso all'invio della documentazione)

Indirizzo, completo di cap.
Telefono

Allega:

- *le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;*
- *fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;*
- *fotocopia del documento di identità del/dei fiduciario/i*

Beura Cardezza, li _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

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

Firma del fiduciario per accettazione dell'incarico (eventuale)

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

Firma del fiduciario supplente per accettazione dell'incarico (eventuale)

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

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Beura Cardezza, li _____

L'ufficiale dello Stato Civile

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679
IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo relativo alla Legge 22-12-2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" e saranno improntati ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Si comunica che tutti i dati identificativi: cognome e nome, residenza, nascita, identificativo online, dati di contatto (mail, domicilio, numero telefonico, altro) comunicati al Comune di Beura Cardezza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento UE 2016/679.

Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali e/o informatici.

Il trattamento non comporterà l'attivazione di un processo decisionale automatizzato.

I dati personali vengono conservati a tempo illimitato nel rispetto della vigente normativa.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 2016/679.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 è allegata alla presente istanza.

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

Gentile Signore/a,

il Ministero della salute, in qualità di titolare del trattamento dei dati da Lei forniti in relazione alla consegna, in qualità di disponente, delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), La informa di quanto segue:

1. Finalità del Trattamento: Scopo della Banca dati nazionale delle DAT¹ è quello di effettuare a livello nazionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della legge n.219 del 2017, e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurando la piena accessibilità delle stesse al disponente, all'eventuale fiduciario dallo stesso nominato e al medico che ha in cura il disponente incapace di autodeterminarsi.

2. Tipologia dati: all'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla banca dati nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:

- a) i Suoi dati anagrafici e di contatto;
- b) i dati anagrafici e di contatto del fiduciario, ove da Lei indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario;
- c) il Suo consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca dati nazionale o, in caso Lei non voglia renderla disponibile nella banca dati nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;
- d) la copia della Sua DAT, ove abbia prestato il consenso alla trasmissione.

3. Trattamenti dati: il Ministero della salute effettua, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 1 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati da Lei forniti: raccolta, conservazione, consultazione, elaborazione e diffusione esclusivamente in forma anonima e aggregata, cancellazione. I Suoi dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi del Ministero della salute.

4. Soggetti abilitati ai suddetti trattamenti: i dati personali da Lei forniti sono trattati esclusivamente da personale appositamente designato dal titolare del trattamento. Detto titolare potrà avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679. La consultazione dei Suoi dati nella banca dati nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), a Lei, al fiduciario da Lei indicato e ai medici che l'avranno in cura in caso di Sua incapacità ad autodeterminarsi.

5. Trasmissione dei Dati: il conferimento dei dati alla banca dati nazionale DAT, per le finalità di cui al punto 1, può avvenire per il tramite dei seguenti soggetti alimentanti, titolari del trattamento di raccolta, conservazione e trasmissione dei dati:

- gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché e le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero;

¹ istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 e disciplinata dal decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019

- i notai e i Capi degli Uffici consolari italiani all'estero nell'esercizio delle funzioni notarili;

- i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.

Copia delle DAT depositate precedentemente al 1° febbraio 2020 sarà acquisita alla banca dati nazionale entro il 31 luglio 2020 in assenza di una esplicita contraria volontà espressa dal disponente.

6. Conservazione dei dati: i dati da Lei forniti saranno conservati all'interno della Banca dati nazionale delle DAT per i dieci anni successivi alla Sua morte.

7. Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei e il fiduciario da Lei nominato potrete esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il

periodo di conservazione;

c) ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;

d) chiedere al Ministero della salute l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;

e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La informiamo che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede: “*Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - viale Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma*” o all'indirizzo mail: direzionesistemainformativo@sanita.it, ovvero tramite PEC a “DGSI@postacert.sanita.it”. Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: rpd@sanita.it.