

PRESENTAZIONE DAT (DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO)

Allo Stato Civile
del Comune di Verbania

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
Codice Fiscale
residente nel Comune di Verbania in Via n.
cell. e-mail
ai sensi della L. 22/12/2017 n. 219 e ss.mm.ii., presenta a codesto Ufficio dello
Stato Civile le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento**, sottoscritte in data
....., con le quali ha espresso le proprie volontà in materia di
trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti
diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità
penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.
76 D.P.R. 445/2000:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di aver compilato e sottoscritto il proprio testamento biologico allegato alla
presente istanza;
- che le disposizioni contenute nel testamento biologico allegate alla presente
istanza, sono state redatte in una delle seguenti forme:
 - atto pubblico davanti ad un notaio;
 - scrittura privata autenticata;
 - scrittura privata non autenticata.

INFORMA

- di **PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio** di copia dell'atto contenente le
proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, sottoscritte in data
..... alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della
Salute con Decreto 10/12/2019 n. 168;
- di **NON PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio** di copia dell'atto contenente
le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento, sottoscritte in data
..... alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della
Salute con Decreto 10/12/2019 n. 168. La D.A.T. sarà pertanto reperibile:
nel Comune di prov. cap. in Via
..... n. cell.
- di **AVER NOMINATO IL FIDUCIARIO**, nella persona di:
Cognome e Nome
nato/a a il
Codice Fiscale residente nel Comune di
..... in Via n.
 - il quale ha già accettato la nomina;
 - il quale NON ha ancora accettato la nomina;Il sottoscritto disponente dichiara di essere a conoscenza che:
 - l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le
stesse modalità previste per la nomina e senza bisogno di motivazione;
 - nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia

deceduto, la D.A.T. mantiene efficacia in merito alla propria volontà;

- il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandolo con atto scritto

di **NON AVER NOMINATO UN FIDUCIARIO**;

di **aver nominato un Fiduciario supplente**, il cui nominativo non verrà trasmesso alla Banca dati nazionale alla quale non potrà accedervi, nella persona di:

Cognome e Nome

nato/a a il

Codice Fiscale residente nel Comune di

..... in Via n.

il quale ha già accettato la nomina;

il quale NON ha ancora accettato la nomina;

di **non aver nominato il Fiduciario supplente**.

DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevole che la cancellazione della propria posizione potrà avvenire solo per espressa revoca;
- di essere consapevole che la propria Disposizione Anticipata di Trattamento può essere modificata in qualunque momento mediante consegna di nuova iscrizione nella Banca Dati Nazionale seguendo la stessa procedura iniziale;
- di Acconsentire Non acconsentire
alla ricezione via e-mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale;
- di aver preso della informativa 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 D.A.T. e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni per le quali la presente viene resa, e di acconsentire, ai sensi del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

VERBANIA, lì

Il dichiarante

.....

(firma per esteso e leggibile)

Si allega:

- il documento contenente la D.A.T. sottoscritto dal disponente e dal fiduciario, se nominato;
- la fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;
- la fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del fiduciario;

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Comune di Verbania
Provincia del Verbano-Cusio-Ossola

Ufficio dello Stato Civile

Si attesta che la DAT in epigrafe relativa a
è stata presentata in data odierna e sarà conservata presso l'Ufficio dello Stato Civile di questo Comune, previo invio alla Banca Dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della salute.

VERBANIA, lì

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

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 DAT 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 i 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) Trattamento 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;
- 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.