

DA REDIGIRE IN TRE ORIGINALI (quattro se vi è nomina di un fiduciario)

**Registro DAT del Comune di Castelfiorentino n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

**Istanza ai fini dell'iscrizione nel registro comunale delle Disposizioni anticipate di trattamento(DAT), relative ai trattamenti sanitari**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Sesso M [ ] F [ ]

Nato/a a \_\_\_\_\_

(specificare anche lo Stato, se estero) il \_\_\_\_\_

residente a Castelfiorentino in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 d.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**CHIEDO**

L'iscrizione nella banca Dati Nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento relative ai trattamenti sanitari, e **la conservazione presso l'Ufficio comunale preposto**, delle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) allegate alla presente istanza, redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta.

**DICHIARO**

- Di essere a conoscenza delle pene previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o di esibizione di atto falso contenente dati non più corrispondenti a verità;
- 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 consegnata personalmente presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza**
- Di aver nominato il **Fiduciario** nella persona di:

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

- Il quale ha già accettato la nomina ed è autorizzato a richiedere la mia disposizione, il cui nominativo verrà trasmesso alla Banca dati nazionale a cui potrà accedervi;
- Il quale NON ha ancora accettato la nomina, il cui nominativo non verrà trasmesso alla Banca dati nazionale, a cui non potrà accedervi, sino all'accettazione della nomina;
- Di non aver nominato il 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 \_\_\_\_\_

○ Nome \_\_\_\_\_

○ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

- Di non aver nominato il Fiduciario supplente

Dichiaro inoltre di essere consapevole:

- Che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca;
- Che i fiduciari potranno ottenere la loro cancellazione previa dichiarazione;
- 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.

Dichiara infine di:

- Acconsentire \_\_\_\_\_ NON Acconsentire \_\_\_\_\_  
alla trasmissione alla Banca dati nazionale di copia della Dat depositata
- Acconsentire \_\_\_\_\_ NON Acconsentire \_\_\_\_\_  
Alla ricezione via mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale

Castelfiorentino, li

**IL DISPONENTE** (firma per esteso) .....

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **(allegato in copia)**

In qualità di contro firmatario delle DAT, per accettazione della nomina a fiduciario e per conoscenza di quanto sopra

**IL FIDUCIARIO** (firma per esteso) .....

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **(allegato in copia)**

## **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:

- **Finalità del Trattamento:** Scopo della Banca dati nazionale delle DAT<sub>1</sub> 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.
- **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.

- **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.
- **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.
- **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.

- **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.
- **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](mailto:direzionesistemainformativo@sanita.it), ovvero tramite PEC a [DGSI@postacert.sanita.it](mailto:DGSI@postacert.sanita.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: [rpd@sanita.it](mailto:rpd@sanita.it).

Castelfiorentino, li

**Per presa visione dell'informatica privacy**

Il dichiarante ..... Il fiduciario .....

(se nominato)

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI STATO CIVILE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, dipendente comunale incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro delle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) ai sensi della L. 219/2017, Decreto Ministro della Salute 10/12/2019 n. 168

**ATTESTA**

che in data \_\_\_\_\_,  
- il/la sig./sig.ra

ha personalmente chiesto l'iscrizione nella banca dati Nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento relative ai trattamenti sanitari, e la conservazione presso questo ufficio Comunale ;

**DICHIARA**

che la sopra riportata istanza è stata sottoscritta in mia presenza dal dichiarante e dal fiduciario (ove nominato) come sopra generalizzati.

**La presente attestazione viene rilasciata in data odierna al dichiarante e al fiduciario.**

Castelfiorentino, li

Firma .....