

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| | All'ufficiale di stato civile | |
|--|-------------------------------|--|

Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)
Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 22/12/2017, n. 219

| Il sottoscritto | | | | |
|-----------------|-------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| | | | | |
| Data di nascita | Sesso (M/F) | Cittadinanza | | Luogo di nascita |
| | | | | |
| Residenza | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | Civico CAP |
| | | | | |
| Telefono | | E-mail (posta elettronica ordinaria) | | E-mail PEC (domicilio digitale) |
| | | | | |

nella sua piena capacità di intendere e di volere, afferma solennemente

- con questo documento, in previsione di una sua eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, il suo diritto e la sua volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari*
- prevede la nomina di un fiduciario, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle sue volontà, che faccia le sue veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affida copia delle presenti disposizioni anticipate di trattamento, pertanto*

| delega come mio fiduciario il signore/la signora | | | | |
|--|-------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| | | | | |
| Data di nascita | Sesso (M/F) | Cittadinanza | | Luogo di nascita |
| | | | | |
| Residenza | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | Civico CAP |
| | | | | |
| Telefono | | E-mail (posta elettronica ordinaria) | | E-mail PEC (domicilio digitale) |
| | | | | |

| <input type="checkbox"/> e delega come ulteriore mio fiduciario il signore/la signora | | | | |
|---|-------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| | | | | |
| Data di nascita | Sesso (M/F) | Cittadinanza | | Luogo di nascita |
| | | | | |
| Residenza | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | Civico CAP |
| | | | | |
| Telefono | | E-mail (posta elettronica ordinaria) | | E-mail PEC (domicilio digitale) |
| | | | | |

che accetta/accettano la nomina e al quale il sottoscritto ha consegnato una copia delle DAT.

DICHIARA

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari

- 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 obbligo di motivazione
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento

DICHIARA INOLTRE

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <i>di esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia delle presenti disposizioni presso la banca dati nazionale</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>di non esprimere il proprio consenso alla trasmissione di copia delle presenti disposizioni presso la banca dati nazionale, pertanto indica dove la stessa è reperibile</i> |

| | | | |
|-------|------|---------------|---------------|
| | | | |
| Luogo | Data | Il disponente | Il fiduciario |

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;
- 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

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