

D.A.T.  N. _____ DEL _____  UFFICIO DELLO STATO CIVILE COMUNE DI FERMIGNANO	<b>Protocollo</b>
--	-------------------

**ALL'UFFICIALE  
 DELLO STATO CIVILE  
 del Comune di FERMIGNANO**

**OGGETTO: PRESENTAZIONE DAT (Dichiarazione Anticipata di Trattamento). Comunicazione dati**

Il/la sottoscritto/a.....  
 nato/a a .....il...../...../.....,  
 residente nel comune di FERMIGNANO in via ..... n. ....  
 codice fiscale.....  
 Tel. /cell. ....e-mail.....,

in qualità di **DISPONENTE**

**PROVEDE A PRESENTARE** presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di Fermignano le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, 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.

Contestualmente

**DICHIARA**

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. dell' Ufficio di Stato Civile del Comune di Fermignano, via Mazzini n.3 – 61033 FERMIGNANO  
 Telefono 0722,336811

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

**DICHIARA inoltre**

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente nel Comune di FERMIGNANO;
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

*(Barrare l'ipotesi che ricorre)*

DAT **"senza indicazione"** del fiduciario;

DAT **con indicazione del fiduciario** nella persona di  
*nome e cognome*.....  
*nato/a a* .....il...../...../.....,  
*residente nel comune di* ..... *via* .....  
 .....*n.* .....*codice fiscale*.....  
*email*.....

- La DAT è **stata accettata** dal fiduciario mediante sottoscrizione della stessa DAT;
- La DAT è **stata accettata** dal fiduciario con atto successivo allegato alla stessa DAT;
- La DAT è **stata rilasciata** in copia al fiduciario;

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, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;
- il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto. Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca e che il fiduciario, se nominato, potrà ottenere la sua cancellazione previa espressa dichiarazione.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI**

~~Dichiara di aver preso visione dell'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 DAT 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, in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.~~

**Per accettazione della nomina e, preso atto dell'informativa, per il consenso del trattamento dati:**

(qualora indicato) Firma del fiduciario.....

Data..... Firma del disponente.....

Allega alla presente:

- 1. Il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;**
- 2. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia della propria tessera sanitaria/codice fiscale.**
- 3. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia della tessera sanitaria/codice fiscale del fiduciario.**

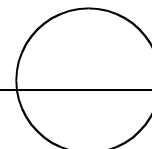
**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

Comune di FERMIGNANO (PU)

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

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

Data.....



**RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE**

Comune di FERMIGNANO (PU)

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a.....sono state registrate in data odierna al n.....dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune, previo invio alla Banca dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute.

Data .....

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 (istituita presso il Ministero della Salute dall'art. 1, commi 418 e 419 della Legge 27 dicembre 2017 n. 205 e disciplinata dal Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019 n. 168)**

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 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 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](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: [rpdsanita.it](mailto:rpdsanita.it).

INFORMATIVA PRIVACY Art. 13 GDPR n. 679/2016

<i>Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento</i>	Comune di Fermignano – tel. 0722/336811 – mail comune@comune.fermignano.pu.it
<i>Finalità del trattamento e base giuridica</i>	Consegna DAT e loro trasmissione alla Banca Dati Nazionale al fine di garantirne l'accessibilità al disponente, al fiduciario e al medico. Legge n. 219/2017 e D.M. n. 168/2019
<i>Destinatari dei dati personali</i>	Sono autorizzati al trattamento i dipendenti dell'Ufficio di Stato Civile
<i>Periodo di conservazione dei dati</i>	I dati verranno conservati per tutta la durata del procedimento e per il periodo comunque previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione documenti e d'archivio.
<i>Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati</i>	L'interessato può richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l'opposizione al trattamento.
<i>Diritto di proporre reclamo</i>	L'interessato può proporre reclamo al Garante della privacy al sito <a href="http://www.garanteprivacy.it">www.garanteprivacy.it</a>
<i>Eventuale obbligo legale o contrattuale o requisito necessario per la conclusione del contratto/procedimento e le eventuali conseguenze della mancata comunicazione dei dati</i>	Il trattamento dei dati è necessario per la conclusione del procedimento e pertanto la mancata comunicazione dei dati non consentirebbe l'avvio e la conclusione del procedimento
<i>Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione</i>	Non esiste un processo decisionale automatizzato.
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</i>	Dott.ssa Martina Battazzi, - tel. 0722/819939 mail: rpd@cm-urbania.ps.it.

