Deposito DAT dal 1° febbraio 2020

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[1] 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:
    a. 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 1O dicembre 2019

Deposito DAT dal 1° febbraio 2020

Oggetto: PRESENTAZIONE DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento). Comunicazione dati

All'Ufficiale dello stato civile del Comune di Parma

li/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente nel comune di

in

codice fiscale

Tel.: Cellulare: e-mail:

in qualità di **DISPONENTE**

PROVVEDE A PRESENTARE presso codesto Ufficio dello Stato Civile 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 **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 …….

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

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

-

☐ La DAT **è stata accettata** dal fiduciario;
☐ La DAT **NON è stata ancora accettata** dal 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 della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

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, ed 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 ……*

Firma del disponente ……

Data ……

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.**
3. **fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.**

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Comune di Parma

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

Data ……. *L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE*

……..

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Comune di Parma

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a sono state registrate in data odierna al n. 33 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*

……..