Al Sindaco del Comune di

.....
...

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a ..... prov. ..... residente a ..... prov. ..... indirizzo ..... tel. ..... nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale liberta di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

(barrare la casella per esprimere la scelta)

1. ☐ **Siano** ☐ **Non siano**
   iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
2. ☐ **Siano** ☐ **Non siano**
   iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
3. ☐ **Siano** ☐ **Non siano**
   iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
4. ☐ **Siano** ☐ **Non siano**
   intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
5. ☐ **Sia** ☐ **Non sia**
   praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
6. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
   che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

7. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
   essere idratato o nutrito artificialmente.
8. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
   essere dializzato.
9. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
   che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
10. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
    che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
11. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**
    che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... *(data)* .....

In fede,

.....

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io dovessi perdere la capacita di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente disposizione:

(cognome e nome)
..... nato/a il
..... a ..... prov. .....
residente a ..... prov.
..... indirizzo ..... tel.
.....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... *(data)* .....

In fede,

.....

NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilita di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito:

(cognome e nome)

..... nato/a il ..... a ..... prov. ..... residente a ..... prov. ..... indirizzo ..... tel. .....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... *(data)* .....

In fede,

.....

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.

COMUNE DI .....

PROVINCIA DI .....

Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)
.....
Sesso M ☐ F ☐
nato/a a
.....
(specificare anche lo Stato, se estero) il .....
attualmente residente a ....., in
Via ..... n.
.....
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,

DICHIARA

1) ☐ di consegnare la propria disposizione anticipata di trattamento (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
2) ☐ che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:
   .....
   ..
   .....
   ..
3) ☐ che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 2) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell'impossibilità di adempiere, è il seguente:
   .....
   ..

.....
..

4) ☐ di aver consegnato al ☐ fiduciario - ☐ fiduciario supplente una copia della DAT;
5) ☐ 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;
6) ☐ di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
7) ☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;
8) ☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;
9) ☐ Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione comunale;
10) ☐ Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra .....; (e, se nominato, del Fiduciario supplente, Sig./Sig.ra .....) e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
11) ☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., lì .....
(luogo e data)

Timbro

IL DICHIARANTE

.....
(firma per esteso leggibile)

Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:

N. ..... ***del*** .....

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:
Sig./Sig.ra
..... di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità
.....

....., lì .....

.....
Visto: il Funzionario ricevente

COMUNE DI .....

PROVINCIA DI .....

Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

(Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente)
(Art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero) il ....., residente a ....., in Via/Piazza ..... n. ..... tel. ..... – e-mail: .....

DICHIARA

sotto la Sua responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

☐ Di essere stato nominato ☐ fiduciario - ☐ fiduciario supplente delle disposizioni anticipate di trattamento redatte dal Sig./Sig.ra .....;

☐ Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che lo riguardano ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

....., lì .....

Firma del Dichiarante

.....

Estremi del documento .....

–

Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:

N. ..... ***del*** .....

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra

..... di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità, come sopra riportato.

....., lì .....

.....

Visto: il Funzionario ricevente

COMUNE DI .....

PROVINCIA DI .....

REGISTRO
DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)

.....

.....

N. D.	Data di presentazione	TESTATORE (nome, cognome, luogo e data di nascita)	FIDUCIARIO (nome, cognome, luogo e data di nascita)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

FIDUCIARIO SUPPLENTE (nome, cognome, luogo e data di nascita)	Data di ritiro	*ANNOTAZIONI*
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: i chiarimenti del Ministero dell'Interno Grazia Benini Il Ministero dell'Interno, in data 8 febbraio 2018, ha emanato la Circolare n. 1/2018 avente quale oggetto: Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"- prime indicazioni operative. Il Ministero prende in considerazione i primi dubbi operativi espressi dagli ufficiali dello stato civile, chiamati in causa dall'articolo 4 della citata legge quale figura competente, unitamente al Notaio, al ricevimento delle dichiarazioni di volontà da parte dei cittadini residenti: 1) le DAT dovranno essere consegnate PERSONALMENTE dal disponente residente e dovranno recare la firma autografa. Viene esclusa in tal modo la possibilità di ricevere la dichiarazione attraverso la figura di un delegato o attraverso mezzi informatici. 2) l'ufficiale dello stato civile in alcun modo deve entrare nel merito di quanto dichiarato né partecipare in alcun modo alla redazione della dichiarazione: compito dell'ufficiale dello stato civile sarà unicamente limitato alla verifica delle generalità del soggetto ed al ricevimento della dichiarazione. 3) all'atto della consegna l'ufficiale dello stato civile fornirà al disponente formale ricevuta con l'indicazione dei dati anagrafici dello stesso, data, firma e timbro dell'ufficiale. Tale ricevuta, della quale si propone in calce un fac simile, potrà essere apposta anche su una copia della DAT da restituire al disponente. 4) non sarà istituito alcun registro dello stato civile, ma le DAT ricevute saranno oggetto di una mera registrazione cronologica e conservate nel rispetto ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196. Il Ministero dell'Interno segnala l'importanza di assicurare il costante raccordo organizzativo con il corrispettivo ufficio anagrafe, soprattutto nelle ipotesi di cambio di residenza, per la corretta trattazione delle fattispecie riguardanti quei disponenti che migrati da altri comuni consegnino al nuovo comune nuove DAT, modificative di precedenti o revoche delle stesse. Non si comprende affatto in questo passaggio il significato di questo raccordo organizzativo tra ufficio stato civile ed ufficio anagrafe: sarà ritengo in questa fase onere del cittadino "consegnare" nel nuovo comune di residenza nuove Dat e rappresentare le sue necessità. Capiremo in futuro come gestire i cambi di residenza dei disponenti. La Circolare termina con l'indicazione dell'emanazione in futuro di un decreto concertato con il Ministero della Salute nel quale si entrerà nel merito delle modalità di trasmissione delle DAT alle strutture sanitarie. Per ora attendiamo. Comune di ..... (Prov. .....) DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT) RICEVUTA DI CONSEGNA n. ..... del ..... Io sottoscritto ufficiale dello Stato Civile del Comune di ..... ricevo personalmente da:
.....
....., nat..... a
.....
..... il
....., residente in questo Comune, in
.....
....., identificato con:
.....
....., le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.
Lì, ..., L'ufficiale dello stato civile
.....

Comune di ..... (Prov. .....)

RICEVUTA DI CONSEGNA
DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT)

Protocollo n. ..... del ..... - **Registrazione n.** ..... del .....

Io sottoscritto ufficiale dello Stato Civile del Comune di .....

ricevo personalmente da: .....,

nat..... a ..... il .....,

residente in questo Comune, in .....,

identificato con: .....,

le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Lì, ...,

Timbro

L'ufficiale dello stato civile

.....