



COMUNE DI VILLA SAN GIOVANNI

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA.

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.

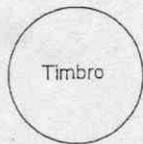
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

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)
- 11) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., il
 (luogo e data)



IL DICHIARANTE

.....
 (firma per esteso leggibile)

Numero progressivo assegnato alla DAT è 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

....., il

.....
 Visto: il Funzionario ricevente

Al Sindaco del Comune di
Villa San Giovanni (RC)

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 libertà 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:

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

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 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 capacità 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.

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 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'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito:

(cognome e nome)

nato/a il a prov.

residente a prov.

indirizzo tel.

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 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.



Città di Villa San Giovanni

All'Ufficiale di Stato Civile
del Comune di Villa San Giovanni

CONSENSO ALLA TRASMISSIONE ALLA BANCA DATI NAZIONALE ISTITUITA PRESSO IL MINISTERO DELLA SALUTE DI UNA COPIA DELLE PROPRIE "DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO" (D.A.T.)

Il/la sottoscritto/a nato/a
il a prov.
residente a prov.
indirizzo tel.

Vista la legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» e, in particolare, l'articolo 4 con il quale è stata introdotta la disciplina relativa alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Visto l'art 1- comma 468- della legge 27-12-2017 n. 205, con il quale è stata istituita, presso il Ministero della Salute, una banca dati destinata alla registrazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.), attraverso le quali ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere 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.

Visto il D.M. 10 dicembre 2019, n. 168, il quale stabilisce le modalità di raccolta delle copie delle Disposizioni Anticipate di trattamento (D.A.T.) di cui al citato articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Esaminato il citato D.M. 10 dicembre 2019, n. 168 nel quale è disciplinato la procedura di registrazione delle proprie disposizioni anticipate di trattamento (DAT), presso la Banca dati nazionale, istituita presso il Ministero della salute ed inoltre è previsto che una copia delle stesse potranno essere trasmesse, previo il suo consenso, alla stessa banca dati.

Letta l'informativa del Comune di Villa San Giovanni resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella procedura di cui al precedente capoverso.

Letta l'informativa del Ministero della Salute, resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

ESPRIME

ai sensi, dell'art 3 comma 2 del D.M. 10 dicembre 2019, n. 168, il **proprio consenso** affinché l'ufficiale di stato civile trasmetta alla Banca dati nazionale, istituita presso il ministero della Salute, una copia delle proprie "Disposizioni Anticipate di trattamento" (D.A.T.), consegnate in data

CHIEDE

ai sensi dell'art 3 comma 5 D.M. 10 dicembre 2019, n. 168, che gli venga data comunicazione al seguente indirizzo di posta elettronica: della acquisizione nella Banca dati nazionale delle proprie "Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.).

Data / /

Il Disponente

.....



Comune di Villa San Giovanni
Città di Metropolitana di Reggio Calabria

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.

Li,



L'ufficiale dello stato civile

.....