

COMUNE DI RIGNANO FLAMINIO

Città metropolitana di Roma Capitale

Domanda di iscrizione nel Registro comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

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

Il/La sottoscritto/a _____, Sesso M - F,
nato/a il _____ a _____ (____),
C.F. _____, attualmente residente in Rignano
Flaminio in via/piazza _____ N. _____,
- Telefono: _____
- Email: _____

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 personalmente la propria Disposizione Anticipata di Trattamento (di seguito indicata come "DAT"), recante firma autografa, 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) FIDUCIARIO: 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) FIDUCIARIO SUPPLENTE: 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, Sg./Sig.ra _____;
- 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;
- 12) sono altresì consapevole che i dati relativi alla DAT saranno trasmessi al Ministero della Salute ai fini della gestione della banca dati nazionale DAT, secondo l'informativa resa disponibile dal Ministero della Salute sul proprio sito istituzionale, fornendo il mio consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT.

Rignano Flaminio, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso leggibile)

Numero progressivo assegnato nel Registro Comunale DAT:

N. _____ **del** _____

La presente dichiarazione è stata resa dal/la sig./sig.ra _____
di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di riconoscimento _____

Rignano Flaminio, _____

L'Ufficiale di Stato Civile

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritt.....
nat... il a prov.
residente a Rignano Flaminio (Rm) in via/piazza
tel. e-mail

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 e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

Pertanto,

acconsente all'invio di copia della presente dichiarazione alla Banca dati nazionale per le DAT;

non acconsente all'invio di copia della presente dichiarazione e comunica che la stessa è reperibile presso: questo ufficio di Stato civile -

(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.

C.F. residente a prov.

via/piazza 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 e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

(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.

C.F. 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 e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

(luogo) (data)

In fede,

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

COMUNE DI RIGNANO FLAMINIO

Città metropolitana di Roma Capitale

Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) Accettazione della nomina del Fiduciario e/o del Fiduciario supplente

(Art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219, DM. 10 dicembre 2019, n. 168)

...I... sottoscritt...
nat... a (specificare anche lo Stato, se estero)
il, C.F.
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 Reg. (UE) n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati);

....., li

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.

....., li

.....

Visto: il Funzionario ricevente