

Al Comune

di _____

Ufficio di Stato civile

**ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO - D.A.T.**

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

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
codice fiscale _____ documento d'identità _____
n. _____ rilasciato da _____
il _____ tel. _____ e mail _____
in qualità di disponente ai sensi dell'art.4 della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, agli effetti dell'art.
47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso
incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

- di consegnare personalmente, ai sensi della Legge 219/2017, all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____ la **Dichiarazione Anticipata di Trattamento**, da me sottoscritta in data _____, contenente le mie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di patologie gravi ed invalidanti, che mi costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui non sia più in grado di manifestare il mio consenso o il mio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui sono sottoposto, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- che il fiduciario è il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____, persona maggiorenne e capace d'intendere e di volere, che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla mia volontà, ove mi trovassi nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire ed alle altre dichiarazioni manifestate;
- che il fiduciario ha accettato la mia nomina ed allo stesso ho consegnato una copia della DAT;
- 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;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 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;
- 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;
- di essere consapevole che ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) le informazioni rese saranno utilizzate esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGRO:

- 1. La Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.);*
- 2. copia di un mio documento d'identità in corso di validità;*
- 3. copia della tessera sanitaria in corso di validità;*
- 4. copia di un documento d'identità in corso di validità del fiduciario.*

Luogo _____, data _____

(Firma)

Al Sig. Sindaco del Comune

di _____

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO
Con contestuale nomina del fiduciario**

(Art. 4, comma 1, 6 – Legge 219/2017)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ indirizzo _____ tel. _____

VISTI:

- l'art. 32 della Costituzione Italiana ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge");
- l'art. 9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n.145 del 28 marzo 2001;
- l'art. 4, comma 1 della legge 219/2017, 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 per quel che riguarda i trattamenti sanitari, gli accertamenti diagnostici o le scelte terapeutiche, quanto segue:

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 _____

(Firma)

NOMINA FIDUCIARIO

Al fine di rendere esecutive le suddette disposizioni e di assumere in mia vece le altre decisioni che fossero necessarie, ed ai fini della designazione di un amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 c.c., ovvero della indicazione del tutore, ed in ogni caso per ogni effetto di legge, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente disposizione:

il sig./la sig.ra _____ 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 _____

(Firma)

____ 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

SI ALLEGANO:

copie del documento d'identità, in corso di validità, del sottoscritto e del fiduciario

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

DICHIARAZIONE NOMINA FIDUCIARIO (*)

(Art. 4, comma 1, Legge 219/2017)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____
tel. _____, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 delle disposizioni attuative della Legge
219/2017,

N O M I N A

fiduciario il Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via/piazza _____

Li _____

(Firma)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante il seguente documento: _____.

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3 del D.P.R.
445/2000 (munita di un documento di riconoscimento in corso di validità).

IL FUNZIONARIO INCARICATO

*) Modulo relativo alla nomina del fiduciario non contestuale alla consegna della DAT.

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via/piazza _____
n. _____ tel. _____ e-mail _____,

DICHIARA

sono la propria 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 delle disposizioni anticipate di trattamento redatte dal sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via/piazza _____ n. _____;

- di aver ricevuto copia della D.A.T. da parte del disponente;

- 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).

Li _____

(Firma del dichiarante)

Registro Comunale D.A.T. n. _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal/dalla Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ di fronte al sottoscritto dipendente incaricato, previa esibizione del seguente documento di identità n. _____ rilasciato da _____ riportato.

Li _____

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

REVOCA INCARICO DI FIDUCIARIO
Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente
(Art. 4, comma 3, Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____
n. _____ tel. _____, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Disposizioni
attuative della Legge 219/2017,

REVOCA

l'incarico di fiduciario al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via/piazza _____
n. _____

Li _____

(Firma)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui
identità mi sono accertato mediante il seguente documento: _____.

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3
del D.P.R. 445/2000 (munita di un documento di riconoscimento in corso di validità)

Li _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO
Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente
(Art. 4, comma 2, Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____
n. _____ tel. _____, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Disposizioni
attuative della Legge 219/2017 ;

RINUNCIA

all'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via/piazza _____
n. _____

Li _____

(Firma)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui
identità mi sono accertato mediante il seguente documento: _____.

La suddetta dichiarazione è stata resa e presentata con le modalità di cui all'art. 38 comma 3 del
D.P.R. 445/2000 (munita di un documento di riconoscimento in corso di validità)

Li _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

Al Sig. Sindaco del Comune

di _____

**ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO (DAT)**

Ricevuta consegna documenti

(Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a _____, Ufficiale di Stato Civile (o altro dipendente), incaricato per il servizio D.A.T., dichiaro di aver ricevuto personalmente, in data odierna, alle ore _____, dal/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente in questo Comune in via / piazza _____ n. _____, identificato, con il seguente documento d'identità, in corso di validità, _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____, le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Li _____

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SIRACUSA

REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

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

Numero ordine	Data di presentazione	Disponente (Cognome, Nome, luogo e data di nascita)	Fiduciario (Cognome, Nome, luogo e data di nascita)	Data di ritiro	Eventuali Annotazioni
1		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
2		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
3		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
4		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
5		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
6		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
7		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		
8		Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____	Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____		