

## **COMUNE DI CHIARAMONTE GULFI**

### **REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE E LA DISCIPLINA DEL REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)**

<b>ART.</b>	<b>INDICE</b>
1	Istituzione del Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento biologico.
2	Finalità del registro
3	Definizioni
4	Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT e nomina del fiduciario
5	Caratteristiche del Registro
6	Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT.
7	Modifica o revoca delle disposizioni anticipate di trattamento
8	Accessibilità delle informazioni contenute nel "registro"
9	Attività di pubblicizzazione e informazione
10	Abrogazione di norme
11	Rinvio
12	Entrata vigore

## **ART. 1 Istituzione del Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) –**

1. Il Comune di Chiaramonte Gulfi per promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, istituisce presso l'Ufficio di Stato Civile il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT),

## **Articolo 2 - Finalità del registro**

1. Il Registro è riservato ai cittadini residenti nel Comune ed ha come finalità di consentire l'iscrizione nominativa, mediante autodichiarazione, di tutti i cittadini che hanno redatto e depositato presso un notaio o presso questo ufficio di stato civile una dichiarazione anticipata di trattamento con indicazione del fiduciario/fiduciario supplente, con lo scopo di fornire informazioni alle persone autorizzate circa l'esistenza di una DAT, la data di compilazione e il soggetto presso il quale tale documento è depositato.
2. Il venir meno della situazione di residenza non comporta la cancellazione dal registro ma non consente l'eventuale aggiornamento delle dichiarazioni depositate.

## **ART. 3 – Definizioni**

1. Ai fini del presente disciplinare si intende:
  - *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT*: la dichiarazione, prevista nella legge 22 dicembre 2017, n. 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" secondo cui: "ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie."
  - *Dichiarante*: colui che sottoscrive la DAT e la connessa dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, necessaria per l'iscrizione nel Registro;
  - *Fiduciario*: la persona che assume il ruolo di garante della fedele esecuzione della volontà del dichiarante qualora egli si trovasse nell'incapacità di esprimere consapevolmente tale volontà, relativamente ai trattamenti proposti;
  - *Registro delle DAT*: il registro contenente la registrazione cronologica delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà resa dal dichiarante relativa alle proprie DAT.

## **ART. 4 – Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT e nomina del fiduciario**

1. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile, che provvede all'annotazione nell'apposito registro.
2. Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.
3. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

4. Il Comune non fornisce indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nella Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario.
5. La persona che lo redige nomina un fiduciario che diviene, nel caso in cui la persona diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, il soggetto chiamato a dare fedele esecuzione alla volontà della stessa per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire.
6. Il testatore può nominare un fiduciario supplente con il compito di assolvere alle funzioni del fiduciario, qualora quest'ultimo si trovi nell'impossibilità di provvedere.

#### **ART. 5 – Caratteristiche del Registro**

1. La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con la quale viene dato atto di aver compilato e sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento avrà un numero progressivo e verrà annotata sul Registro.
2. Il Registro deve riportare il numero progressivo delle dichiarazioni presentate al Comune di avvenuta predisposizione del testamento biologico e l'elenco dei soggetti dichiaranti e dei fiduciari.
3. Il Dichiarante deve rendere dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 nella quale dà atto di aver compilato, sottoscritto e depositato la dichiarazione anticipata di trattamento e l'indicazione dei fiduciari. Le DAT saranno chiuse in apposito plico e sigillate e conservate in luogo e con modalità che diano la massima sicurezza rispetto a violazioni della riservatezza delle stesse.
4. La dichiarazione sostitutiva deve essere resa alla presenza del funzionario comunale competente a ricevere la documentazione. Il modulo di dichiarazione contiene anche l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*) e il contenuto dell'articolo 7 dello stesso decreto.
5. Tale dichiarazione viene allegata al Registro di cui al presente Regolamento. Nella dichiarazione vanno anche indicati soggetti autorizzati ad accedere al registro ed alla documentazione eventualmente allegata.
6. L'ufficiale dello stato civile non potrà né leggere né disigillare i plichi a lui consegnati o presso di lui depositati. Il funzionario accettante non conosce il contenuto della disposizione anticipata di trattamento che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti della disposizione stessa.
7. Sono accettate e annotate solo le DAT rese da cittadini che risultino residenti nel Comune di Chiaramonte Gulfi all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dal Registro.
8. La dichiarazione può essere consegnata all'ufficio di stato civile direttamente dal cittadino che l'ha sottoscritta oppure essere trasmessa direttamente dal notaio che ha rogato la Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT.
9. Il deposito della DAT deve essere accompagnato da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto sul modello predisposto dall'Ufficio di stato civile, che permetta, senza dover consultare la DAT l'individuazione del depositante e del fiduciario.
10. L'ufficiale di stato civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà ai soggetti di cui sopra una attestazione riportante il numero progressivo di registrazione attribuito alla dichiarazione.
11. Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione.

#### **ART. 6 – Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario –DAT**

1. La presentazione della dichiarazione deve essere effettuata personalmente dal dichiarante. La persona interessata previa fissazione di appuntamento anche telefonico con l'ufficiale dello stato civile si presenta al responsabile dell'ufficio accompagnato dal fiduciario e dall'eventuale sostituto, se nominato, muniti di documento di identità in corso di validità.
2. La disposizione anticipata di trattamento va consegnata in busta chiusa.
3. Nella busta vanno inserite anche le copie fotostatiche dei documenti di identità dello stesso dichiarante e del fiduciario, nonché del fiduciario supplente, se nominato.
4. La busta viene sigillata e numerata con lo stesso numero di iscrizione sul Registro delle disposizioni anticipate di trattamento.
5. Il dichiarante compila e sottoscrive, davanti al funzionario incaricato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, dalla quale risulta l'espressa volontà di aver consegnato le proprie disposizioni anticipate di trattamento.
6. Il fiduciario e l'eventuale il sostituto compilano e sottoscrivono, davanti al funzionario incaricato, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio contenente la volontà di essere stato nominato fiduciario del dichiarante per la disposizione anticipata di trattamento.
7. Alla dichiarazione viene assegnato lo stesso numero attribuito alla busta chiusa e, ai fini della loro conservazione e archiviazione, sono inserite in un fascicolo unitamente alla busta chiusa contenente la disposizione anticipata di trattamento.
8. Il Registro riporta il numero progressivo assegnato alla dichiarazione, il nome e indirizzo del notaio rogante, se presente, quello del fiduciario e dell'eventuale sostituto del fiduciario, la data della dichiarazione, la data di registrazione, l'elenco dei soggetti che possono ottenere informazioni in merito a quanto registrato.
9. Qualora la Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario DAT sia redatto da un notaio, il Comune di Sorso si impegna a ricevere e annotare nel registro le dichiarazioni trasmesse direttamente dal rogante.

#### **ART. 7 - Modifica e revoca della disposizione anticipata di trattamento**

1. Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi secondo le modalità riportate negli articoli precedenti, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare le precedenti volontà.

#### **ART. 8 - Accessibilità delle informazioni contenute nel "registro"**

1. Il registro non è pubblico.
2. Possono prendere visione delle informazioni contenute nel registro, il dichiarante, e se indicati dal dichiarante nell'atto dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati.
3. Il Funzionario responsabile dell'Ufficio consentirà l'accesso alle informazioni contenute nel "Registro" ed alla documentazione collegata, dietro presentazione di richiesta scritta motivata inoltrata dagli interessati legittimati in sede di presentazione della dichiarazione, per i fini consentiti dalla legge e dalla normativa comunale nonché nel rispetto della legislazione vigente in tema di diritto di accesso e di protezione dei dati personali.

4. Il richiedente / interessato legittimato ricevente la documentazione provvederà a rilasciare op portuna ricevuta degli atti acquisiti.

#### **ART. 9 - Attività di pubblicizzazione ed informazione**

1. L'Amministrazione comunale si attiva affinché le disposizioni del presente Regolamento siano pubblicizzate in tutto il territorio comunale, nelle forme ritenute più opportune.

#### **Articolo 10 - Abrogazione di norme**

1. Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari in contrasto con quelle del presente regolamento.

#### **Articolo 11 - Rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente regolamento trovano applicazione le disposizioni di leggi e di regolamenti vigenti in materia.

#### **Articolo 12 - Entrata in vigore**

1. Il presente Regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione. Il presente regolamento è reso pubblico mediante pubblicazione sul sito internet del comune, unitamente alla modulistica.

## COMUNE DI CHIARAMONTE GULFI

# **REGISTRO** **DELLE DISPOSIZIONI** **ANTICIPATE DI TRATTAMENTO** *(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

*[Allegato 2 alla deliberazione del Consiglio Comunale n. del*



## Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. .... del .....

### Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive (Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 1</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
Annotazioni, modifiche e revoche	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 2</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
*(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)*

<b>N. 3</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
*(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)*

<b>N. 4</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
*(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)*

<b>N. 5</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 6.</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:</b>	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 7.</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 8</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....



**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 9</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
<b>Annotazioni, modifiche e revoche</b>	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

**Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive**  
(Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

<b>N. 10</b>	In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
Luogo e data della DAT	.....
<b>Notaio rogante la DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo dello studio	.....
<b>Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
<b>Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)</b>	
Cognome	.....
Nome	.....
Indirizzo	.....
Recapiti	.....
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:	
.....	
.....	
Annotazioni, modifiche e revoche	
.....	
.....	

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

Al Sig. Sindaco del Comune di Chiaramonte Gulfi

## 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 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 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 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'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 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 CHIARAMONTE GULFI**

**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)  che in data ..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);

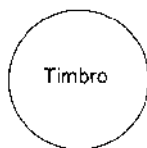
2)  di consegnare in plico sigillato all'Ufficio Stato Civile di Chiaramonte Gulfi per il deposito nel predetto ufficio, la propria disposizione anticipata di trattamento (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso 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;

3)  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:

sig. .... nato a  
..... il ..... residente a  
..... in via ..... n. ....

- 4)  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:  
sig. .... nato a .....  
..... il ..... residente a .....  
..... in via ..... n. ....
- 5)  di aver consegnato al  fiduciario -  fiduciario supplente una copia della DAT;
- 6)  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;
- 7)  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 8)  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;
- 9)  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;
- 10)  Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione comunale;
- 11)  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.
- 12) che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:
- il medico di famiglia del dichiarante
  - i medici che avranno in cura il dichiarante
  - il fiduciario e dal supplente del fiduciario
  - il notaio che ha rogato l'atto
  - i seguenti eredi .....
  - .....
- 13)  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 e di autorizzare pertanto il Comune di Sorso al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

....., li .....  
(luogo e data)



**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 .....

....., li .....

.....  
Visto: il Funzionario ricevente



**Comune di Chiaramonte Gulfi**

**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);

....., 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

**COMUNE DI CHIARAMONTE GULFI**

**RICEVUTA DI CONSEGNA  
DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT)**

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

Io sottoscritto ufficiale dello Stato Civile del Comune di Chiaramonte Gulfi incaricato alla tenuta dell'apposito registro comunale ricevo personalmente da:

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

residente in questo Comune, in .....

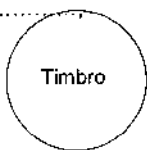
identificato con: .....

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

Inserisco la dichiarazione e il relativo plico al n. .... del registro comunale in intestazione.

Allo/a stesso/a si rilascia la presente ricevuta

Li, .....



**L'ufficiale dello stato civile**

.....

**N.** ..... **progressivo del registro**