



# *Comune di Taurianova*

*(Città Metropolitana di Reggio Calabria)*

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

Approvato con deliberazione C. C. n. 39 dell'8.10.2018

In vigore dall'8.10.2018

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

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

## **SOMMARIO**

- Art. 1 - Istituzione del registro
- Art. 2 - Disposizioni anticipate di trattamento e nomina del fiduciario
- Art. 3 - Finalità del registro
- Art. 4 - Iscrizione nel registro
- Art. 5 - Compiti del funzionario accettante
- Art. 6 - Modifica o revoca delle disposizioni anticipate di trattamento
- Art. 7 - Iscrizione a deposito delle disposizioni anticipate di trattamento
- Art. 8 - Accessibilità delle informazioni contenute nel registro
- Art. 9 - Modalità operative
- Art. 10 - Attività di pubblicizzazione e informazione
- Art. 11 - Abrogazione di norme
- Art. 12 - Rinvio
- Art. 13 - Entrata in vigore

## **Articolo 1 - Istituzione del Registro**

1. Il Comune, nell'ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto anche in riferimento alla fase terminale della vita umana. A tal fine, in attuazione dell'art. 4 della legge 22 dicembre 2017 n. 219, istituisce il Registro delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

2. Il Registro è custodito e gestito presso l'Ufficio di Stato Civile e il solo funzionario competente in materia è l'Ufficiale di Stato Civile.

## **Articolo 2 – Disposizioni anticipate di trattamento e nomina del fiduciario**

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 22 dicembre 2017 n. 219 e del presente regolamento si definisce "*disposizione anticipata di trattamento*" (o DAT), il documento contenente la manifestazione di volontà di una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere che, 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 ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

2. 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.

3. 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.

## **Articolo 3 - 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 una dichiarazione anticipata di trattamento con indicazione del fiduciario/fiduciario supplente, con lo scopo di garantire la certezza della data di presentazione e la fonte di provenienza.

2. Il venir meno della situazione di residenza non comporta la cancellazione dal registro ma non consente l'eventuale aggiornamento delle dichiarazioni depositate.

#### **Articolo 4 - Iscrizione nel registro**

1. Il Registro deve riportare il numero progressivo delle dichiarazioni di avvenuta predisposizione del testamento biologico e l'elenco dei soggetti dichiaranti e dei fiduciari.
2. 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 e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento e l'indicazione dei fiduciari. 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.
3. 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 agli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 (*Regolamento generale sulla protezione dei dati*).

#### **Articolo 5 - Compiti del funzionario accettante**

1. Il funzionario comunale accettante ed incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà al Dichiarante ed al Fiduciario l'attestazione relativa alla dichiarazione di avvenuta predisposizione del testamento biologico mediante il rilascio di copia della dichiarazione sostitutiva. 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.
2. 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.

#### **Articolo 6 - 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.

## **Articolo 7 - Iscrizione e deposito della disposizione anticipata di trattamento**

1. La persona interessata si presenta al responsabile dell'ufficio competente, 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.

## **Articolo 8 - Accessibilità delle informazioni contenute nel "registro"**

1. Il Funzionario responsabile del Servizio 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.
2. Il richiedente/interessato legittimato ricevente la documentazione provvederà a rilasciare opportuna ricevuta degli atti acquisiti.

## **Articolo 9 – Modalità operative**

1. Per le attività di cui al presente Regolamento, l'ufficio competente utilizzerà la modulistica che si allega:
  - a) Schema di DAT;

- b) Schema di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 di aver compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento e l'indicazione dei fiduciari;
- c) Schema di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 del fiduciario/fiduciario supplente;
- d) Schema di Registro;
- e) Schema di ricevuta.

2. Con atto formale del Responsabile dell'Ufficio competente, la modulistica di cui al punto precedente può essere modificata e/o integrata in caso di modifiche normative che dovessero intervenire ovvero, e con giustificato motivo, al fine di renderla più funzionale allo scopo.

### **Articolo 10 - 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 11 - Abrogazione di norme**

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

### **Articolo 12 - Rinvio**

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

### **Articolo 13 - 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.

Al Sindaco del Comune di

**TAURIANOVA (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.

Adeguatamente informato da un sanitario di mia fiducia, dichiaro di essere a conoscenza delle scelte terapeutiche che in questa sede richiedo o rifiuto.

**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.

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città 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. ....

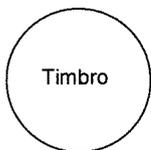
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**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.

Taurianova, li .....



**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 .....

Taurianova, li .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città Metropolitana di Reggio Calabria***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)*

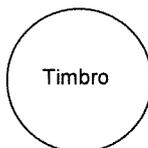
Il/La sottoscritto/a .....  
 nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
 il ....., residente a .....  
 in Via/Piazza ..... n. ....  
 tel. .... – e-mail: .....

**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 Reg. (UE) n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati);

Taurianova, 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.

Taurianova, li .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....



# COMUNE DI TAURIANOVA

*Città Metropolitana di Reggio Calabria*

---

## *REGISTRO* **DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**

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

---

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



# COMUNE DI TAURIANOVA

*Città 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**

.....

Al Sindaco del Comune di

## TAURIANOVA (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.

Adeguatamente informato da un sanitario di mia fiducia, dichiaro di essere a conoscenza delle scelte terapeutiche che in questa sede richiedo o rifiuto.

#### 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.

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città 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. ....

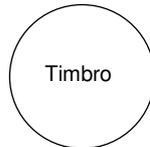
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**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 .....)  
 e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 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.

Taurianova, lì .....



**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 .....

Taurianova, lì .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città Metropolitana di Reggio Calabria***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)*

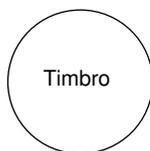
Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
il ....., residente a .....  
in Via/Piazza ..... n. ....  
tel. .... – e-mail: .....

**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 Reg. (UE) n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati);

Taurianova, 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.

Taurianova, lì .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....



# COMUNE DI TAURIANOVA

*Città Metropolitana di Reggio Calabria*

---

## **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	<i>ANNOTAZIONI</i>
..... .....	.....	..... .....



# COMUNE DI TAURIANOVA

*Città 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.

Lì, .....,



**L'ufficiale dello stato civile**

.....

Al Sindaco del Comune di

## TAURIANOVA (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.

Adeguatamente informato da un sanitario di mia fiducia, dichiaro di essere a conoscenza delle scelte terapeutiche che in questa sede richiedo o rifiuto.

#### 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.

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città 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. ....

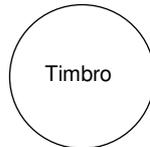
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**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 .....)  
 e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 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.

Taurianova, lì .....



**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 .....

Taurianova, lì .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....

**COMUNE DI TAURIANOVA***Città Metropolitana di Reggio Calabria***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)*

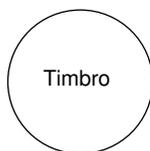
Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
il ....., residente a .....  
in Via/Piazza ..... n. ....  
tel. .... – e-mail: .....

**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 Reg. (UE) n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati);

Taurianova, 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.

Taurianova, lì .....

**L'Ufficiale di Stato Civile**

.....



# *COMUNE DI TAURIANOVA*

*Città Metropolitana di Reggio Calabria*

---

## *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	<i>ANNOTAZIONI</i>
..... .....	.....	..... .....



# COMUNE DI TAURIANOVA

*Città 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.

Lì, .....



**L'ufficiale dello stato civile**

.....