

# COMUNE DI CAMPOFRANCO

**OGGETTO: Istituzione della Dichiarazione Anticipata di Trattamento - D. A. T. relativa ai trattamenti sanitari, ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".**

## A V V I S O

### ***Che cos'è la D.A.T.:***

La **D.A.T. - dichiarazione anticipata di trattamento** viene anche chiamata **testamento biologico o di vita**. E' un **documento** strettamente personale con cui una persona maggiorenne (l'intestatario), capace di intendere e di volere, **esprime la propria volontà in merito ai trattamenti sanitari** nel caso in cui, in futuro, si trovasse in condizione di non poter manifestare la propria volontà.

In sostanza può dichiarare se **accettare o rifiutare** trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche (dopo aver acquisito informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte).

Per essere valida, la dichiarazione deve contenere il nome di almeno una persona maggiorenne: **il fiduciario** (che ha l'incarico di far rispettare la volontà dell'intestatario della DAT). **n.b.:** L'intestatario può sempre decidere di cambiare il fiduciario, modificare le sue disposizioni o ritirare la sua D.A.T.

### ***Chi è il fiduciario:***

E' la **persona maggiorenne** che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto **delle volontà espresse dall'intestatario della D.A.T.**, che fa le sue veci e che lo rappresenta nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie.

**Al fiduciario viene consegnata una copia della DAT.**

Se una persona viene nominata fiduciaria, ma non intende più svolgere questo compito, può **rinunciare all'incarico** e presentare in Comune una dichiarazione.

### ***Come si presenta una D.A.T.:***

Data la delicatezza del documento e del suo contenuto, è necessario che chi presenta la D.A.T. rispetti questa procedura:

- **scrivere la propria dichiarazione anticipata di trattamento:** per farlo, bisogna compilare l'apposito **modulo - Allegato " A "**, che devono firmare sia **l'intestatario** che **il fiduciario**.
- **mettere la D.A.T. in una busta chiusa** insieme alle fotocopie dei documenti di identità dell'intestatario e del fiduciario: gli impiegati dell'Ufficio di Stato Civile del Comune non possono leggere il contenuto della D.A.T. e non sono responsabili in alcun modo di quello che c'è scritto.
- **fissare un appuntamento:** con il Personale dell'Ufficio di Stato Civile per gli adempimenti del caso.
- **andare all'appuntamento con il proprio fiduciario** entrambi con un **documento d'identità valido** e il **codice fiscale**. In questa occasione devono **compilare e firmare**, di fronte agli impiegati dell'Ufficio di Stato Civile, **la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:**
  - **Allegato " B "** modulo D.A.T. - **dichiarazione dell'intestatario**
  - **Allegato " C "** modulo D.A.T. - **dichiarazione del fiduciario**
- A questo punto **la busta chiusa** che contiene la D.A.T. **viene numerata**. Il numero viene annotato in un registro informatico e **riportato** su ciascuna delle **dichiarazioni sostitutive** dell'atto di notorietà firmate dall'intestatario e dal fiduciario.
- **ritirare la fotocopia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** con annotato il numero di registro assegnato.

Il Comune archivia in una cassaforte la busta che contiene la D.A.T. insieme alle dichiarazioni dell'intestatario e del fiduciario.

**Attenzione:** Puoi fare la DAT anche se non nomini un fiduciario, in questo caso sarà il Giudice Tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile).

ALL. "A"

**All'Ufficiale dello Stato Civile  
del comune di**

**CAMPOFRANCO**

**Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di  
Trattamento – D.A.T.**

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome

\_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a CAMPOFRANCO in via/piazza

\_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ documento d'identità n

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail

\_\_\_\_\_ nella mia

piena ~~cap~~ capacità di intendere e di volere,  
affermo solennemente

con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, i

Il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari

, nonché

il consenso o il

rifiuto

rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la

nomina di un fiduciario

, capace di intendere e di volere, che si impegna a garantire

lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il

medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento;



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;  
acconsento

espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

a che si provveda all'inserimento della presente dichiarazione nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Campofranco.

\_\_\_\_\_  
Firma  
fiduciario

\_\_\_\_\_  
Firma  
intestataro

Importante!

La legge ti permette di fare la DAT anche senza nominare il fiduciario. In questo caso sarà il Giudice Tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (capo I del titolo XII del libro I del codice civile).

ALL. "B"

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del comune di

CAMPOFRANCO

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di  
Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome

\_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a Campofranco in via/piazza

\_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ documento d'identità n

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail

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 la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia  
volontà in  
materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad  
accertamenti  
diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e  
sigillata al  
comune di Campofranco e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello  
predisposto dal  
Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento  
d'identità e  
copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie  
vece e mi  
rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato  
la mia  
nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

di aver consegnato al fiduciario 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, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

CAMPOFRANCO Lì, \_\_\_\_\_

Firma

intestatarario

\_\_\_\_\_  
Firma

fiduciario

\_\_\_\_\_  
-----  
-----

Parte riservata all'Ufficio

Identificazione dell'intestatario:

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

\_\_\_\_\_ di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da

il \_\_\_\_\_

registrazione n° \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

CAMPOFRANCO, \_\_\_\_\_ Timbro e firma

\_\_\_\_\_

ALL. "C"

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di

CAMPOFRANCO

Iscrizione al registro comunale delle Dichiarazioni Anticipate di  
Trattamento – D.A.T.

(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

lo sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome

\_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a Campofranco in via/piazza

\_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ documento d'identità n

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al comune di Campofranco e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un mio valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

di aver consegnato al fiduciario 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, ai sensi del capo I del titolo XII

del libro I del codice civile;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di

protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con

strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la

presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità,

trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza;

CAMPOFRANCO LI', \_\_\_\_\_

Firma

intestatarario

\_\_\_\_\_  
Firma

fiduciario

-----  
-----

Parte riservata all'ufficio

Identificazione dell'intestatario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da

\_\_\_\_\_ di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

registrazione n° \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

CAMPOFRANCO LI', \_\_\_\_\_ Timbro e firma

\_\_\_\_\_