

Testamento biologico DAT – Disposizioni anticipate di trattamento
(Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 2018)

Il/la sottoscritta			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

Consenso informato

- VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
- NON VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
- VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.
- NON VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Autorizzo, inoltre, i medici curanti ad informare le seguenti persone:

--

Disposizioni generali

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo ai trattamenti sanitari, disposizioni che perderanno validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti terapeutici:

- SIANO iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
- NON SIANO continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità recupero.
- SIANO iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero
- NON SIANO continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
- 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
- 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.

Disposizioni particolari

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

- SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- NON SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- NON VOGLIO che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- VOGLIO essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- NON VOGLIO essere idratato/a o nutrito/a artificialmente.
- ALTRE disposizioni personali

--

Nomina del Fiduciario/a

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie disposizioni, nomino mio rappresentante fiduciario/a che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario/a _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario/a sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo/a

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo _____

Data _____

Firma del disponente _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Data _____

Firma del disponente _____

Allegare copia dei documenti di identità del disponente e del/i fiduciario/i

Allegato "1"

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di FAUGLIA

OGGETTO: **Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT.**
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____
quale "disponente"

CHIEDE

- 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 FAUGLIA e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

DICHIARA

- 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;

e a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di FAUGLIA

che il fiduciario è il/la Sig./ra _____
che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle 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.

Allega:

- le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

“Nomina fiduciario” e “Accettazione incarico di fiduciario” (1);

Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

- 1) Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

_____.

Data _____

L'ufficiale dello Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____

nato/a in _____ il _____

sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e

saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune in conformità ai principi di

riservatezza dei dati personali di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation)

2016/679

Data _____

L'ufficiale dello Stato Civile

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di FAUGLIA

OGGETTO: Nomina fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).
(1)

Il/La _____ sottoscritto/a
_____ nato/a in _____ il
_____ residente a _____ Via
_____ n. _____ cittadino/a _____ codice
fiscale _____ telefono _____ e-mail
_____ pec

NOMINA

fiduciario il/la Sig./ra _____ nato/a
_____ in _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ n. _____, per le finalità connesse all'applicazione
della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di
disposizioni anticipate di trattamento".

Data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

Informativa privacy

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679, che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma.....

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Fauglia e che il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti".

- Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante

_____.
Data,

L'ufficiale dello Stato Civile

Allegato "3"

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di FAUGLIA

OGGETTO: **Accettazione della nomina di fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219). (1)**

Il/La sottoscritto/a

_____ il
nato/a in _____ residente a _____ Via
_____ n. _____ cittadino/a _____ codice
fiscale _____ telefono _____ e-mail
_____ pec

A C C E T T A

la nomina di fiduciario per il Sig./ra
_____ nato/a in
_____ il
_____ residente a _____ in
via _____ n. _____, per le finalità connesse
all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso
informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali
conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

Data _____
Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

Informativa privacy

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679, che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma.....

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Fauglia e che il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti".

- Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di accettazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante

_____.

Data _____

L'ufficiale dello Stato Civile



COMUNE DI FAUGLIA
PROVINCIA DI PISA
UFFICIO DELLO STATO CIVILE

Prot. n. _____

Data

A _____ Sig. _____

OGGETTO: Comunicazione di avvio del procedimento a seguito di deposito delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT, di cui alla legge 22 dicembre 2017, n. 219.

In riferimento alla richiesta in oggetto, ricevuta in data _____ prot. n. _____, si informa che si è provveduto a conservare la busta contenente le DAT in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 e di averla registrata nell'elenco cronologico delle dichiarazioni presentate al n. _____ in data _____.

Ai sensi degli artt. 7, 8 e 10 della L. 7 agosto 1990, n. 241, si comunica che l'ufficiale di stato civile in data odierna ha dato avvio al procedimento in oggetto e che:

- **Amministrazione competente:** è l'ufficio dello stato civile di questo Comune;
- **Oggetto dell'istanza:** è il deposito e conservazione delle disposizioni anticipate di trattamento - DAT;
- **Responsabile del procedimento:** è il sottoscritto ufficiale dello stato civile;
- **L'ufficio in cui si può prendere visione degli atti:** è l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Distinti saluti.

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE