

# COMUNE DI SAN GIORGIO DEL SANNIO

PROVINCIA DI BENEVENTO

## 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,

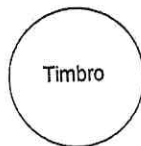
### DICHIARA

- 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.

....., 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

Al Sindaco del Comune di  
SAN GIORGIO DEL SANNIO(BN)

**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

- 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 SAN GIORGIO DEL SANNIO

PROVINCIA DI BENEVENTO

**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);

....., 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**