



AL COMUNE DI CAVENAGO DI BRIANZA SERVIZI DEMOGRAFICI

Fax 02/95241455

E-mail protocollo@comune.cavenagobrianza.mb.it

Pec protocollo@pec.comune.cavenagobrianza.mb.it

**OGGETTO: PRESENTAZIONE DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento).
Comunicazione dati**

Il/la sottoscritto/a

.....

nato/a a il/...../.....,

residente nel comune di

in via n.

codice fiscale

Telef. /cell. e- mail:

in qualità di **DISPONENTE**

PROVVEDE A PRESENTARE presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, con le quali ha espresso 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.

Contestualmente **INFORMA**

di **PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio di copia** dell'atto contenente le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, alla **BANCA DATI NAZIONALE**, istituita presso il Ministero della salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168;

in tal caso: di prestare il consenso di **NON prestare il consenso**

alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT

(in caso di consenso il campo email nei dati del disponente è obbligatorio)

di **NON PRESTARE il proprio CONSENSO all'invio di copia** della DAT alla banca dati nazionale.

Reperibilità della DAT (obbligatoria se il disponente non presta il consenso all'invio della documentazione)

Indirizzo, completo di cap.

Telefono.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopra citato,

DICHIARA

di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;

di essere residente nel Comune di CAVENAGO DI BRIANZA;

di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

(Barrare l'ipotesi che ricorre)

DAT "senza indicazione" del fiduciario;

DAT con indicazione del fiduciario nella persona di

nome e cognome.....
nato/a a il/...../.....,
residente nel comune di via n.
codice fiscale
email

La DAT è stata accettata dal fiduciario;

La DAT NON è stata ancora accettata dal fiduciario

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 bisogno di motivazione;

nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;

il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto.

Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile.

Dichiara, infine, di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni per le quali la presente viene resa, e di acconsentire, ai sensi del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Per accettazione della nomina e, preso atto dell'informativa, per il consenso del trattamento dati:

(qualora indicato) Firma del fiduciario

Firma del disponente

DATA _____

Allega alla presente:

1. Il documento sopracitato sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;
2. la Disposizione Anticipata di Trattamento
3. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.
4. fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

Gentile Signore/a,

il Ministero della salute, in qualità di titolare del trattamento dei dati da Lei forniti in relazione alla consegna, in qualità di disponente, delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), La informa di quanto segue:

1. **Finalità del Trattamento:** Scopo della Banca dati nazionale delle DAT¹ è quello di effettuare a livello nazionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della legge n.219 del 2017, e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurando la piena accessibilità delle stesse al disponente, all'eventuale fiduciario dallo stesso nominato e al medico che ha in cura il disponente incapace di autodeterminarsi.

2. **Tipologia dati:** all'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla banca dati nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:

a) i Suoi dati anagrafici e di contatto;

b) i dati anagrafici e di contatto del fiduciario, ove da Lei indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario;

c) il Suo consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca dati nazionale o, in caso Lei non voglia renderla disponibile nella banca dati nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;

d) la copia della Sua DAT, ove abbia prestato il consenso alla trasmissione.

3. **Trattamenti dati:** il Ministero della salute effettua, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 1 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati da Lei forniti: raccolta, conservazione, consultazione, elaborazione e diffusione esclusivamente in forma anonima e aggregata, cancellazione. I Suoi dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi del Ministero della salute.

4. **Soggetti abilitati ai suddetti trattamenti:** i dati personali da Lei forniti sono trattati esclusivamente da personale appositamente designato dal titolare del trattamento. Detto titolare potrà avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679. La consultazione dei Suoi dati nella banca dati nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), a Lei, al fiduciario da Lei indicato e ai medici che l'avranno in cura in caso di Sua incapacità ad autodeterminarsi.

5. **Trasmissione dei Dati:** il conferimento dei dati alla banca dati nazionale DAT, per le finalità di cui al punto 1, può avvenire per il tramite dei seguenti soggetti alimentanti, titolari del trattamento di raccolta, conservazione e trasmissione dei dati:

- gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché e le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero;

¹ istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 e disciplinata dal decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019

- i notai e i Capi degli Uffici consolari italiani all'estero nell'esercizio delle funzioni notarili;

- i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.

Copia delle DAT depositate precedentemente al 1 febbraio 2020 sarà acquisita alla banca dati nazionale entro il 31 luglio 2020 in assenza di una esplicita contraria volontà espressa dal disponente.

6. Conservazione dei dati: i dati da Lei forniti saranno conservati all'interno della Banca dati nazionale delle DAT per i dieci anni successivi alla Sua morte.

7. Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei e il fiduciario da Lei nominato potrete esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;
- d) chiedere al Ministero della salute l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;
- e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La informiamo che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede: *“Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - viale Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma”* o all'indirizzo mail: direzionesistemainformativo@sanita.it , ovvero tramite PEC a [“DGSI@postacert.sanita.it](mailto:DGSI@postacert.sanita.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: rpd@sanita.it .

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a
nato/a il a prov.
residente a CAVENAGO DI BRIANZA prov. BG indirizzo
..... tel.

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte.

Dispongo che:

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

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e a decidere in mia vece quale persona di mia fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il signor

Nominativo _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

- Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Nominativo _____
Nominativo _____
Nominativo _____

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle. Dispongo che i trattamenti:

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.

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) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

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:

.....
.....

.....
.....
.....

NOMINA FIDUCIARIO (facoltativo)

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.

NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE (facoltativo)

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.

Conferisco al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Io sottoscritto dichiaro di essere informato 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.

CAVENAGO DI BRIANZA (data)

In fede,

FIRMA

LA PRESENTE DICHIARAZIONE E' DA CHIUDERE IN BUSTA CHIUSA UNITAMENTE A COPIA DEI DOCUMENTI D'IDENTITA' in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.

COMUNE DI CAVENAGO DI BRIANZA

PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

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

5. 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;
6. 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:
.....
.....
7. 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:
.....
.....
8. di aver consegnato al fiduciario - fiduciario supplente una copia della DAT;
9. 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;

10. di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
11. 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;
12. 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;
13. Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione comunale;
- 14) 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.
- 15) 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.

CAVENAGO DI BRIANZA, li
 (luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....
 (firma per esteso leggibile)

DA FIRMARE DI FRONTE AL PUBBLICO UFFICIALE

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

CAVENAGO DI BRIANZA, li

.....
 L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

COMUNE DI CAVENAGO DI BRIANZA

PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

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);

CAVENAGO DI BRIANZA, li
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....
(firma per esteso leggibile)

DA FIRMARE DI FRONTE AL PUBBLICO UFFICIALE

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.

CAVENAGO DI BRIANZA, li

.....
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

Comune di CAVENAGO DI BRIANZA

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

Protocollo n. del - Registrazione n. del

Io sottoscritto ufficiale dello Stato Civile del Comune di CAVENAGO DI BRIANZA

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.

CAVENAGO DI BRIANZA, li

.....
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

Le disposizioni anticipate di trattamento, comunemente definite "testamento biologico" o "biotestamento", sono regolamentate dall'[art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017](#), entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, la Legge prevede la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su:

- accertamenti diagnostici
- scelte terapeutiche
- singoli trattamenti sanitari.

Possono fare le DAT tutte le persone che siano:

- maggiorenni
- capaci di intendere e di volere.

Come fare le DAT

La redazione delle DAT può avvenire in diverse forme:

- atto pubblico
- scrittura privata autenticata
- scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio Comune di residenza, che provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui "ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni".

Nomina del fiduciario e ruolo del medico

La Legge 219 prevede la possibilità di indicare nella DAT un fiduciario, la cui scelta è rimessa completamente alla volontà del disponente. La Legge si limita a prevedere che il fiduciario sia maggiorenne e capace di intendere e di volere. Il fiduciario è chiamato a rappresentare l'interessato nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario qualora:

- esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente;
- sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, la decisione è rimessa al giudice tutelare.

N
e
l

c
a
s
o

i
n

c
u
i

l
e

D
A
-