



# COMUNE DI GIARDINELLO

CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

## Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Il Comune di Giardinello, recependo quanto prescritto dalla Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", con la finalità di promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, ha istituito il Registro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

L'iscrizione in tale Registro è riservata ai soli cittadini residenti nel Comune di Giardinello che consegnano all'Ente la propria DAT.

Il Registro delle DAT non è accessibile per ragioni di privacy.

### **Che cosa sono le DAT**

Sono delle disposizioni che la persona, in previsione della eventuale futura incapacità di manifestare la propria volontà, può esprimere in merito alla accettazione o al rifiuto di determinati:

- accertamenti diagnostici;
- scelte terapeutiche;
- singoli trattamenti sanitari.

### **Chi le può fare**

Qualunque persona che sia:

- maggiorenne;
- capace di intendere e di volere.

Per poter presentare le DAT presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Giardinello è necessario essere residenti nel Comune stesso.

### **In che forma si possono manifestare le DAT**

La legge 219/2017 dispone che le DAT devono essere redatte

- per atto pubblico, oppure
- per scrittura privata autenticata (da Notaio o dal Cancelliere del Tribunale), oppure
- per scrittura privata semplice consegnata personalmente all'Ufficio dello Stato Civile del Comune di residenza del Disponente.

### **Cosa fare**

Il cittadino che voglia depositare la propria DAT deve:

1. prendere contatti con l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Giardinello per fissare un appuntamento, telefonando ai nn. 091/8784003 – 091/8941029 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00 e martedì e giovedì dalle 16:00 alle 18:00;
2. redigere la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) debitamente sottoscritta dal Disponente, ed eventualmente dal Fiduciario, oltre che dal Fiduciario supplente, se nominati dal Disponente;
3. presentarsi all'Ufficio di Stato Civile, in Via Vittorio Emanuele n. 55, con un valido documento di identità nel giorno e nell'ora dell'appuntamento, consegnando la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) IN ORIGINALE.

L'Ufficiale di Stato Civile ricevente provvede a registrare la documentazione ricevuta e a depositare la Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) in un luogo sicuro. Al Disponente viene rilasciata ricevuta dell'avvenuto deposito della DAT.

Il ricevente:

- non è a conoscenza di quanto dichiarato nella DAT;

- non è responsabile del suo contenuto;
- non è tenuto a dare informazioni circa la redazione delle DAT stesse.

### **Revoca registrazione**

L'iscrizione al Registro potrà essere revocata dal Disponente in qualunque momento.

### **Modifica della Disposizione Anticipata di Trattamento**

Il Dichiarante può modificare il contenuto della propria DAT in qualunque momento. Ciò sarà possibile a seguito del ritiro del documento originale precedentemente consegnato. In caso di successiva variazione di residenza, le modifiche dovranno essere comunicate al nuovo Comune di residenza.

### **Validità dei Testamenti Biologici depositati precedentemente all'entrata in vigore della legge 219/2017**

Tenuto conto che l'art. 6 della legge 219/2017 prevede che "...ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il Comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge...", i Testamenti Biologici depositati presso il Comune di Giardinello precedentemente al 31 gennaio 2018, sono da ritenersi validi e ad essi si applicano le disposizioni della medesima legge.

### **Per informazioni e appuntamenti**

Ufficio di Stato Civile

Viale vitt. Emanuele n. 55 – 90040 Giardinello

Orari: dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14

martedì e giovedì dalle 15:30 alle 18:30

tel 091/8784003 091/8941029

Le DAT si ricevono solo previo appuntamento nelle giornate del martedì e del giovedì dalle ore 8.30 alle 12.30.

### **Allegati e Link**

[Circolare ministeriale nr. 1/2018](#) (pdf - 1.231,23 kB)

[disegno di legge](#) (pdf - 253,44 kB)

reg. prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**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 Giardinello in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

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

nella **mia piena 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, 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;

pertanto **delego come mio fiduciario:**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

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

**che accetta la nomina e al quale ho consegnato una copia della DAT;**

**dichiaro**

di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 Giardinello.

Giardinello, \_\_\_\_\_

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

Firma intestatario \_\_\_\_\_

**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).**

reg. prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

***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 Giardinello in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 aver **accettato la nomina di fiduciario** nella Dichiarazione Anticipata al Trattamento (DAT) redatta dall'intestatario di seguito indicato:

\_\_\_\_\_

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 di tutela del diritto alla riservatezza;  di essere a conoscenza che il ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

Giardinello, \_\_\_\_\_

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

Firma intestatario \_\_\_\_\_

-----

Parte riservata all'ufficio

### **Identificazione del fiduciario**

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 \_\_\_\_\_

Giardinello, \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Giardinello, \_\_\_\_\_

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

Firma intestatario \_\_\_\_\_

intestatario

reg. prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

***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 Giardinello in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 Giardinello 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;

Giardinello, \_\_\_\_\_

Firma intestatario \_\_\_\_\_

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

-----

Parte riservata all'ufficio

### **Identificazione del fiduciario**

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 \_\_\_\_\_

Giardinello, \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Giardinello, \_\_\_\_\_

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

Firma intestatario \_\_\_\_\_