



COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ

PROVINCIA DI TORINO

Regolamento per la gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 22 del 25/07/2018

ART. 1 - Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - Finalità.

Il Comune di Sant'Antonino di Susa per promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, istituisce il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT), con la finalità di consentire l'iscrizione nominativa, mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di tutti i cittadini che hanno depositato una dichiarazione anticipata di trattamento presso un notaio o presso questo ufficio di stato civile, allo scopo di fornire informazioni alle persone autorizzate circa l'esistenza di una DAT, la data di compilazione e il soggetto presso il quale tale documento è depositato.

ART. 2 - Definizioni

Ai fini del presente disciplinare si intende:

- *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT*: la dichiarazione, prevista nella legge 22 dicembre 2017, n. 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" secondo cui: *"ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere 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. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie."*
- *Dichiarante*: colui che sottoscrive la DAT e la connessa dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, necessaria per l'iscrizione nel Registro;
- *Fiduciario*: la persona che assume il ruolo di garante della fedele esecuzione della volontà del dichiarante qualora egli si trovasse nell'incapacità di esprimere consapevolmente tale volontà, relativamente ai trattamenti proposti;
- *Registro delle DAT*: il registro contenente la registrazione cronologica delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà resa dal dichiarante relativa alle proprie DAT.

ART. 3 - Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT

Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile, che provvede all'annotazione nell'apposito registro.

Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

Il Comune di Sant'Antonino di Susa non fornisce indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nella *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT* e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario.

ART. 4 - Caratteristiche del Registro

Nel Registro sono annotate le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000 con le quali il dichiarante dà atto di avere depositato le proprie DAT, che saranno chiuse in apposito plico e sigillate, da conservare in luogo idoneo a garantirne la massima sicurezza e riservatezza in ottemperanza al Regolamento GDPR UE n. 679/2016.

L'ufficiale dello stato civile non potrà né leggere né disigillare i plichi a lui consegnati o presso di lui depositati.

Sono accettate e annotate solo le DAT rese da cittadini che risultino residenti nel Comune di Sant'Antonino di Susa all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dal Registro.

La registrazione avviene in ordine cronologico di presentazione al Comune della dichiarazione.

La dichiarazione può essere consegnata all'ufficio di stato civile direttamente dal cittadino che le ha sottoscritte oppure essere trasmessa direttamente dal notaio che ha rogato la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT*.

Il deposito della DAT deve essere accompagnato da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto sul modello allegato o simile, che permetta, senza dover consultare la DAT l'individuazione del depositante e del fiduciario.

L'ufficiale di stato civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà ai soggetti di cui sopra una attestazione riportante il numero progressivo di registrazione attribuito alla dichiarazione.

Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione.

ART. 5 - Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario –DAT

Per consegnare personalmente la dichiarazione, la persona interessata deve prendere un appuntamento anche telefonico con l'ufficiale dello stato civile.

La presentazione della dichiarazione deve essere effettuata personalmente dal dichiarante.

Qualora la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario DAT* sia redatta da un notaio, il Comune di Sant'Antonino di Susa si impegna a ricevere e annotare nel registro le dichiarazioni trasmesse direttamente dal rogante.

Il Registro riporta il numero progressivo assegnato alla dichiarazione, il nome e indirizzo del dichiarante, quello del notaio rogante, se presente, quello del fiduciario e dell'eventuale sostituto del fiduciario, la data della dichiarazione, la data di registrazione, l'elenco dei soggetti che possono ottenere informazioni in merito a quanto registrato.

L'ufficio competente provvederà a rendere disponibile sul proprio sito Internet e a trasmetterlo ai notai eventualmente convenzionati, un modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà contenente i dati necessari per l'iscrizione nel Registro.

ART. 6 - Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro.

Il registro non è pubblico.

Possono prendere visione delle informazioni contenute nel registro, il dichiarante, e se indicati dal dichiarante nell'atto dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati.



COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ
PROVINCIA DI TORINO

REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 22 del 25/07/2018

Allegato alla deliberazione del Consiglio Comunale n. 22 del 25/07/2018

Nr.	DAT pervenuta ed archiviata in data/...../..... a nome di:
Cognome	
Nome	
Comune di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Il/La suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, di averla sigillata in apposito plico e di aver reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione all'Ufficiale dello Stato Civile	
Luogo e data della DAT	
Notaio rogante la DAT (eventuale)	
Cognome	
Nome	
Indirizzo dello studio	
Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)	
Cognome	
Nome	
Indirizzo	
Recapiti	
Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)	
Cognome	
Nome	
Indirizzo	
Recapiti	
Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto, al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi	
.....	
.....	
Annotazioni, modifiche e revoche	
.....	
.....	
.....	

Nella busta n. (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti; la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia dell'Ufficiale dello Stato Civile.

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA PER TRATTAMENTI SANITARI – D.A.T.

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
indirizzo _____

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

- ☐ Non voglio ☐ Voglio essere informato/a 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 il/la signor/a:

_____ nato/a a _____ il _____
_____ residente a _____ Prov. _____
_____ indirizzo _____

- ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie;
- ☐ Autorizzo 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 i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

- ☐ 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 se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di 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 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 continuati 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 dell'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 ☐ 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;
3. ☐ Non voglio essere idratato/a o nutrito/a artificialmente;
4. ☐ Altre disposizioni personali:

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi 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 carta, il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ nr. tel. _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ nr. tel. _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016.

Data, _____

Firma del disponente

Firma del fiduciario

Firma del sostituto fiduciario (*eventuale*)



COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ

PROVINCIA DI TORINO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT)

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'Ufficio di Stato Civile

Nr. Progressivo del Registro _____

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero)

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – DAT del Comune di Sant'Antonino di Susa

DICHIARA

- Di aver compilato e sottoscritto la Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) in data _____;
- Di avere indicato quale fiduciario il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ Via _____ n. _____;
- Di avere indicato quale sostituto del fiduciario il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ Via _____ n. _____;
- Di aver sigillato la Dichiarazione Anticipata di Trattamento nel plico che viene consegnato per il deposito all'Ufficio di Stato Civile del Comune di Sant'Antonino di Susa;
- Che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:

☐ il medico di famiglia del dichiarante;

☐ i medici che avranno in cura il dichiarante;

☐ il fiduciario ed il supplente del fiduciario;

☐ il notaio che ha rogato l'atto;

☐ i seguenti eredi: _____

☐ _____

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE n. 679/2016 il trattamento delle informazioni che lo/la riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della propria riservatezza e dei propri diritti; di autorizzare pertanto il Comune di Sant'Antonino di Susa al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede ed all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT).

Sant'Antonino di Susa, _____

Firma del/della dichiarante

Firmata dal dichiarante in mia presenza in data _____ L'Addetto _____	Si allega fotocopia: ☐ Carta d'Identità ☐ Passaporto; ☐ Patente; ☐ _____
---	---



COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ
PROVINCIA DI TORINO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

ACCETTAZIONE FIDUCIARIO

(Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Art. 47 DPR 445/2000)

Nr. progressivo del registro: _____

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a aProv.....il.....
residente a Via..... nr.
codice fiscale.....recapito telefonico.....
indirizzo e/mail.....

agli effetti 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 sopracitato sotto la propria personale responsabilità;

D I C H I A R A

- di aver accettato la nomina di fiduciario nella Dichiarazione Anticipata di Trattamenti sanitari redatta dal Sig./Sig.ra.....;
- di aver personalmente ricevuto copia della Dichiarazione Anticipata di Trattamenti sanitari, depositata in busta chiusa, annotata nel registro istituito presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Sant'Antonino di Susa al nr. _____ in data _____ dal disponente:
Cognome e nome
nato/a aProv.....il.....
residente a Via.....nr.
codice fiscale.....recapito telefonico.....
indirizzo e/mail.....
- di essere consapevole che, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE n. 679/2016 il trattamento delle informazioni sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti.

Sant'Antonino di Susa, lì.....

Il dichiarante.....
(firma da apporre alla presenza dell'impiegato comunale)

parte riservata all'ufficio

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal sig./sig.ra.....
di fronte all'impiegato addetto previa identificazione con documento.....n.....
rilasciato il.....da.....

Sant'Antonino di Susa, lì.....

Timbro e firma dell'impiegato



COMUNE DI SANT'ANTONINO DI SUSÀ

PROVINCIA DI TORNO

RICEVUTA DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DA INSERIRE NEL REGISTRO COMUNALE

N. progressivo del registro _____

Io sottoscritto Ufficiale di Stato Civile delegato, in data odierna ho ricevuto una Dichiarazione Anticipata di Trattamento Sanitario (DAT) debitamente sigillata in apposito plico con relativa dichiarazione sostitutiva a nome di:

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

con l'indicazione del seguente fiduciario:

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

e del seguente sostituto del fiduciario (*qualora sia nominato*):

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

Inserisco la dichiarazione ed il relativo plico al n. _____ del registro del Comune di Sant'Antonino di Susa;

Preciso che la suddetta dichiarazione ed il relativo plico mi sono stati:

- ☐ Consegnati dall'interessato;
- ☐ Consegnati dal notaio rogante Dott. _____;
- ☐ Recapitati a mezzo posta (nr. Prot. _____ in data _____);

Rilascio agli/alle stessi/e la presente ricevuta in data _____ e ne allego una copia al plico depositato.

L'Ufficiale dello Stato Civile delegato
