

La presente deve essere consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza  
(art. 4 comma 6 L. n. 219/2017)

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a Verona, via ..... n. .... Cap .....  
tel ..... e 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  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 a essere informato e a decidere in mia vece il/la signor/ra

nato/a a ..... il .....  
residente a ..... prov .....  
via ..... n. .... cap.....  
tel .....

Voglio  Non 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 l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza** (coma o persistente stato vegetativo o stato di minima coscienza) considerata irreversibile dai medici, dispongo che:

Siano  Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci sedativi)

- 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 o nutrito artificialmente
- Non voglio essere sottoposto a trattamenti dialitici

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/ra

.....

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

residente a ..... prov .....

via ..... n. ....cap.....

tel .....

il/la quale dichiara (*barrare con una crocetta*) di accettare la presente nomina a fiduciario/a.

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione del FIDUCIARIO/A \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del/la DISPONENTE \_\_\_\_\_

## Consenso informato del /della Fiduciario/a

Il Fiduciario/a come sopra identificato/a dichiara di avere preso visione dell'informativa del Comune ricevente relativa al trattamento dei dati personali, e dell'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 nazionale delle DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute e di prestare il proprio consenso informato (*barrare con una crocetta*):

- alla registrazione della sua nomina come fiduciario/a solo sul Registro comunale;
- all'invio della sua nomina alla Banca dati nazionale delle DAT;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale delle DAT;

Data \_\_\_\_\_ Firma del FIDUCIARIO/A \_\_\_\_\_

## Consenso informato del /della Disponente

Il sottoscritto/a Disponente come sopra identificato/a dichiara di avere preso visione dell'informativa del Comune ricevente relativa al e dell'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, pubblicata sul sito del Ministero della Salute e di prestare il proprio consenso informato (*barrare con una crocetta*):

- alla registrazione della presente istanza sul Registro comunale;
- all'invio della registrazione effettuata in Comune alla Banca dati nazionale delle DAT;
- all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale delle DAT;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale delle DAT;

Data \_\_\_\_\_ Firma del/la DISPONENTE \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento d'identità del dichiarante e del fiduciario

*N.B. Non esistono moduli previsti dalla Legge per redigere le disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Il presente facsimile è stato predisposto per facilitare i cittadini. Si consiglia di verificare i requisiti per la corretta redazione delle DAT facendo riferimento all'art. 4 della Legge 219/2017 ed alle FAQ predisposte dal Ministero della Salute sul sito [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it). Si precisa infine che l'Ufficiale di stato civile non prende parte alla stesura delle DAT né è tenuto a fornire informazioni in merito al contenuto delle DAT, perché così stabilisce la Legge.*