

MODELLO 1

Al Sig. Sindaco del Comune di Spinadesco

DISPOSIZIONE DI VOLONTA' 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 celebrale 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 scritta 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 al recupero.

2. **Siano** **Non siano**

Iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile al 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. **Siano** **Non siano**

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:

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

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a a norma del Decreto Legislativo 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.

(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

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a a norma del Decreto Legislativo 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.

(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.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a a norma del Decreto Legislativo n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viere resa la presente dichiarazione.

(luogo) (data)

In fede,

Allegati: copie del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.

MODELLO 2

Al Sig. Sindaco del Comune di Spinadesco

**ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
(DAT) – (Art.4 Legge 22/12/2017 n.219)**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome).....

Sesso M F

Nato/a a Il

Stato

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 DPR 445/2000) sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. Di consegnare la propria disposizione anticipata di trattamento (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 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 fare 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

.....

E che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.

11. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo 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.

(luogo e data)

Il Dichiarante

.....

(firma per esteso leggibile)

COMUNE DI SPINADESCO

PROVINCIA DI CREMONA

Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:

N..... del

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da:

Sig./Sig.ra

Di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune di Spinadesco, mediante presentazione di valido documento di identità.....

Spinadesco, li

.....

Visto: il Funzionario ricevente

Al Sig. Sindaco del Comune di Spinadesco

ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente

(art.4 Legge 22/12/2017 n.219)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a(specificare anche lo Stato se estero)

Il residente a

In Via/Piazzan.....

Tel.....

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 PER 445/2000;

di essere nominato fiduciario – fiduciario supplente delle DAT redatte dal Sig./Sig.ra

Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che lo riguardano ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

Spinadesco, li

Firma del Dichiarante

.....

Estremi del documento di identità

COMUNE DI SPINADESCO

PROVINCIA DI CREMONA

Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:

N..... del

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da:

Sig./Sig.ra

Di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune di Spinadesco, mediante presentazione di valido documento di identità.....

Spinadesco, li

.....

Visto: il Funzionario ricevente

Comune di

Provincia di

Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive (Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

N.	In data/...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di:
Cognome	.....
Nome	.....
Comune di nascita	.....
Data di nascita	.....
Indirizzo di residenza nel comune	.....
Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto	
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 di

