

# Il portale del cittadino - Comune di GRADOLI

## Malato

### D.A.T. - Dichiarazione Anticipata di Trattamento

#### Che cos'è la D.A.T.

La **D.A.T. - dichiarazione anticipata di trattamento** viene anche chiamata **testamento biologico o di vita**. E' un documento strettamente personale con cui una persona maggiorenne (l'intestatario), capace di intendere e di volere, **esprime la propria volontà in merito ai trattamenti sanitari** nel caso in cui, in futuro, si trovasse in condizione di non poter manifestare la propria volontà.

In sostanza può dichiarare se **accettare o rifiutare** trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche (dopo aver acquisito informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte).

Per essere valida, la dichiarazione deve contenere il nome di almeno una persona maggiorenne: il **fiduciario** (che ha l'incarico di far rispettare la volontà dell'intestatario della DAT).

**n.b.** L'intestatario può sempre decidere di cambiare il fiduciario, modificare le sue disposizioni o ritirare la sua D.A.T.

#### Chi è il fiduciario

E' la **persona maggiorenne** che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto **delle volontà espresse dall'intestatario della D.A.T.**, che fa le sue veci e che lo rappresenta nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie.

**Al fiduciario viene consegnata una copia della DAT.**

Se una persona viene nominata fiduciaria, ma non intende più svolgere questo compito, può **rinunciare all'incarico** e presentare in Comune una dichiarazione.

#### Come si presenta una D.A.T.

Data la delicatezza del documento e del suo contenuto, è necessario che chi presenta la D.A.T. rispetti questa procedura:

- **scrivere la propria dichiarazione anticipata di trattamento:** per farlo, bisogna compilare questo **modulo** che devono firmare sia l'intestatario che il fiduciario.

- **mettere la D.A.T. in una busta chiusa** insieme alle fotocopie dei documenti di identità dell'intestatario e del fiduciario: gli impiegati del Comune, quindi, non possono leggere il contenuto della D.A.T. e non sono responsabili in alcun modo di quello che c'è scritto.

- **fissare un appuntamento:** per farlo, bisogna rivolgersi all'ufficio di Stato Civile prendendo appuntamento **con il** responsabile dei Servizi demografici. **UFFICIALE STATO CIVILE - ANAGRAFE**

(Dott. Mauro FIORAVANTI)

- **andare all'appuntamento con il proprio fiduciario** entrambi con un **documento d'identità valido** e il **codice fiscale**. In questa occasione devono **compilare e firmare**, di fronte agli impiegati del Comune, **la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:**

- allegato modulo D.A.T. - **dichiarazione dell'intestatario**
- allegato modulo D.A.T. - **dichiarazione del fiduciario**

- A questo punto **la busta chiusa** che contiene la D.A.T. **viene numerata**. Il numero viene annotato in un registro informatico e **riportato** su ciascuna delle **dichiarazioni sostitutive** dell'atto di notorietà firmate dall'intestatario e dal fiduciario.

- **ritirare la fotocopia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** con annotato il numero di registro assegnato. Il Comune archivia in una cassaforte la busta che contiene la D.A.T. insieme alle dichiarazioni dell'intestatario e del fiduciario.

**Attenzione:** Puoi fare la DAT anche se non nomini un fiduciario, in questo caso sarà il giudice tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno (ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile).

#### Link utili

- Vai sul sito della Gazzetta Ufficiale

**TESTAMENTO BIOLOGICO**  
**(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

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**

1.  Non voglio     Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. 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 signor

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

3.  Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4.  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:

1.  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
2.  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
3.  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) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1.  Siano  Non siano intrapresi tutti i provvedimenti 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
2.  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 o nutrito 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 signor

---

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_

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

---

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_

In fede,

Data: \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003.

In fede,

Data: \_\_\_\_\_

**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 **GRADOLI** in via/piazza \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

documento d'identità n° \_\_\_\_\_

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

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



**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 **GRADOLI** in via/piazza \_\_\_\_\_

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 **GRADOLI** 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;

GRACIOLI \_\_\_\_\_

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

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

---

*Parte riservata all'ufficio*

**Identificazione dell'intestatario**

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 \_\_\_\_\_

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

Modulo

Al comune di **GRADOLI**  
Servizio Demografico ed ausiliario

Fiduciario

**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 **GRADOLI** In via/piazza \_\_\_\_\_

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.

**GRADOLI** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**GRADOLI** \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_