

## 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 Fratta Polesine, in Via ..... n. ....

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 e Fiduciario sostitutivo**

**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 nel presente documento,

il/la signor/ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a ..... prov .....  
 via ..... n. .... cap.....  
 tel .....

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a
- di avere preso visione delle informative del Comune di Fratta Polesine relative al trattamento dei dati personali, pubblicate sul sito [www.comune.frattapolesine.ro.it](http://www.comune.frattapolesine.ro.it) ai seguenti link:
  - a) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/privacy/index/privacy> (INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SVOLTI A MEZZO DEL PORTALE INTERNET DEL COMUNE DI FRATTA POLESINE)
  - b) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/179/documento/57> (Informativa generale ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)
- di avere preso visione 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.

**Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione del fiduciario/a \_\_\_\_\_**

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

il/la signor/ra .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente a ..... prov .....

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

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo
- di avere preso visione delle informative del Comune di Fratta Polesine relative al trattamento dei dati personali, pubblicate sul sito [www.comune.frattapolesine.ro.it](http://www.comune.frattapolesine.ro.it) ai seguenti link:
  - a) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/privacy/index/privacy> (INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SVOLTI A MEZZO DEL PORTALE INTERNET DEL COMUNE DI FRATTA POLESINE)
  - b) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/179/documento/57> (Informativa generale ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)
- di avere preso visione 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.

**Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto disponente dichiara:

- di avere preso visione dell'informativa sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicata sul sito del Comune di Fratta Polesine nella stessa sezione in cui è disponibile il presente modulo e a tal fine, dopo aver letto, compreso e accettato l'informativa resa dal Ministero della Salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella banca dati nazionale per le DAT:
  - acconsente all'invio di copia della DAT depositata alla Banca dati nazionale;
  - non acconsente all'invio di copia delle DAT depositata alla Banca dati nazionale, rendendo reperibile le DAT in originale soltanto presso codesto ufficio di stato civile di Fratta Polesine;
  - acconsente la ricezione via e-mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale;
  - non acconsente alla ricezione via e-mail della notifica di avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale;
- di avere preso visione delle informative del Comune di Fratta Polesine relative al trattamento dei dati personali, pubblicate sul sito [www.comune.frattapolesine.ro.it](http://www.comune.frattapolesine.ro.it) ai seguenti link:
  - a) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/privacy/index/privacy> (INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SVOLTI A MEZZO DEL PORTALE INTERNET DEL COMUNE DI FRATTA POLESINE)
  - b) <https://www.comune.frattapolesine.ro.it/c029024/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/179/documento/57> (Informativa generale ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)
- di avere preso visione 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.

**Data \_\_\_\_\_ Firma del/la disponente \_\_\_\_\_**

**Allegare fotocopia del documento di identità del fiduciario/i**