

# COMUNE DI CAMPOFRANCO

**OGGETTO: Istituzione della Dichiarazione Anticipata di Trattamento - D. A. T. relativa ai trattamenti sanitari, ai sensi della Legge n. 219 del 22/12/2017: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".**

## A V V I S O

### ***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 l'apposito **modulo - Allegato " A "**, 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 dell'Ufficio di Stato Civile del Comune 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:** con il Personale dell'Ufficio di Stato Civile per gli adempimenti del caso.
- **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 dell'Ufficio di Stato Civile, **la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:**
  - **Allegato " B "** modulo D.A.T. - **dichiarazione dell'intestatario**
  - **Allegato " C "** 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).

ALL. "A"

**All'Ufficiale dello Stato Civile  
del comune di**

**CAMPOFRANCO**

**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 CAMPOFRANCO in via/piazza

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

\_\_\_\_\_ documento d'identità n

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

\_\_\_\_\_ nella mia

piena ~~cap~~ 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, i

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;



