

**DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI (DAT)  
AVANTI ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE DEL COMUNE DI CORDENONS (PN)**

**(Ai sensi della legge 219/2017 e s. m. e i.)**

Io sottoscritto/a

Nato/a a

il

Codice Fiscale

Indirizzo

Cap

E-mail

PEC

Carta d'identità n.

Tessera sanitaria n.

Telefono/cell.

**PREMESSO CHE**

- a) in base ai principi di cui alla Costituzione della Repubblica Italiana (art. 2, 13 e 32), di cui agli art. 1, 2 e 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, nonché di quanto prescritto nella legge 22 dicembre 2017 n. 219, viene tutelato il diritto alla vita, alla salute, alla dignità ed all'autodeterminazione della persona;
- b) in applicazione dei principi e delle norme di cui sopra, nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero ed informato della persona interessata;
- c) ai sensi di quanto previsto all'art. 4 della legge 22 dicembre 2017 n. 219, DICOLO di **avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte effettuate e indicate nel prosieguo del presente atto**;
- d) SONO CONSAPEVOLE CHE LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO CONTENUTE NEL PRESENTE ATTO TROVERANNO APPLICAZIONE SOLO QUALORA, SECONDO LE CONOSCENZE MEDICO/SCIENTIFICHE DEL MOMENTO, IO VENISCI A TROVARMI IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI :
  - 1) PERDITA PERMANENTE E IRREVERSIBILE DELLA CAPACITÀ DI DECIDERE,
  - 2) INCOSCIENZA PERMANENTE NON SUSCETTIBILE DI RECUPERO,
  - 3) DEMENZA AVANZATA NON SUSCETTIBILE DI RECUPERO,
  - 4) PARALISI CON INCAPACITÀ TOTALE ED IRREVERSIBILE DI COMUNICARE LE MIE DECISIONI AI MEDICI, VERBALMENTE, PER ISCRITTO O IN QUALUNQUE ALTRA FORMA, ANCHE GRAZIE ALL'AUSILIO DI MEZZI TECNOLOGICI;
- e) il concetto di "irreversibilità", di cui sopra, deve essere riferito allo stato delle conoscenze medico-scientifiche del momento in cui si dovesse dare applicazione alle volontà espresse nel presente documento;
- f) non ho redatto prima d'ora alcuna Dichiarazione Anticipata di Trattamento;
- g) essendo residente nel comune di Cordenons, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4 della legge n. 219/2017, CONSEGNO la presente dichiarazione, da me personalmente predisposta, letta e sottoscritta, all'Ufficiale di stato civile del comune stesso, affinché provveda alla sua trasmissione alla banca dati del ministero, o ad eventuale annotazione nell'apposito registro, ove istituito, quali strumenti previsti dalla legge per darvi effetto;
- h) ho ricevuto l'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.

## TUTTO CIÒ PREMESSO

in totale libertà di scelta, in merito alle decisioni da assumere nel caso io necessiti di cure mediche, in relazione ai trattamenti medico/scientifici **da praticare o non praticare, nei casi in cui, secondo le conoscenze medico/scientifiche del momento, mi trovi in una delle condizioni di cui alla premessa (lettera d)**

## DISPONGO QUANTO SEGUE:

- 1) **CHE SIA            NON SIA INIZIATO O CONTINUATO ALCUN TRATTAMENTO MEDICO**, qualora il suo risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero
- 2) **IN PARTICOLARE CHE:**
  - a) SIANO            NON SIANO praticate **forme di respirazione meccanica**.
  - b) SIA            NON SIA nutrito/a o idratato/a artificialmente.
  - c) SIA            NON SIA dializzato/a.
  - d) SIANO            NON SIANO praticati **interventi di chirurgia d'urgenza**.
  - e) SIANO            NON SIANO praticate **trasfusioni di sangue**
  - f) SIANO            NON SIANO somministrate **terapie antibiotiche**.
  - g) in caso di **arresto cardiorespiratorio**,            SIA            NON SIA praticata su di me **la rianimazione cardiopolmonare, anche se ritenuta possibile dai curanti**.
  - h) SIANO            NON SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze, con particolare riferimento alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, anche se il ricorso a esse rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- 3) **IN TUTTI I CASI, CHE :**  
il **medico dovrà astenersi da ogni ostinazione irragionevole** nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati;

## NOMINA FIDUCIARI

Designo per la posizione giuridica di fiduciario/rappresentante, allo scopo di garantirmi lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse, rappresentandomi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie, il signor/i :

**1) Cognome / Nome**

Nato/a a

il

Residente a

Indirizzo

n.

Codice fiscale

Carta di identità n.

**2) Cognome / Nome**

Nato/a a

il

Residente a

Indirizzo

n.

Codice fiscale

Carta di identità n.

**3) Cognome / Nome**

Nato/a a

il

Residente a

Indirizzo

n.

Codice fiscale

Carta di identità n.

Con i seguenti poteri

- a) rivolgersi all'autorità giudiziaria affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno, possibilmente nella sua persona o in quella dell'altro fiduciario, che abbia la specifica funzione di tutelare i miei interessi di natura non patrimoniale e di dare attuazione a queste mie volontà;
- b) rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturiente o connessa a queste mie volontà o relativa alla loro attuazione, ivi comprese tutte le eventuali impugnative e/o ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa e da lui trasmessa.

**AUTORIZZAZIONE AD INFORMARE**

Autorizzo i medici curanti a informare del mio stato di salute e delle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e sulle possibili ed eventuali terapie da adottare, sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie, anche nel caso in cui fossi affetto da malattia grave e non guaribile, le persone da me nominate quali fiduciari, e inoltre le seguenti persone :

- 1)**
- 2)**
- 3)**

^^

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

**AUTORIZZAZIONE ALLA CONSERVAZIONE/TRASMISSIONE/TRATTAMENTO DEI DATI**

Per assicurare la realizzazione dello scopo per cui viene redatta e sottoscritta la presente dichiarazione- DAT, con la consegna della stessa espressamente richiedo e autorizzo:

- la conservazione della presente dichiarazione presso l'ufficio di stato civile
- la trasmissione della presente dichiarazione alla Banca dati nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute e il trattamento dei dati relativi

## **CONSENSO ALLA NOTIFICA VIA MAIL**

Esprimo il consenso per ricevere una notifica via email dell'avvenuta registrazione della mia DAT nella Banca Dati Nazionale al seguente indirizzo :

Data Firma

Allego copia di documento di identità in corso di validità

^^

## **SOTTOSCRIZIONE DEI FIDUCIARI PER ACCETTAZIONE DELLA NOMINA E PER CONSENSO AL TRATTAMENTO E INVIO DEI DATI**

Io fiduciario, letto e compreso quanto sopra espresso, in piena consapevolezza, accetto la nomina a fiduciario e acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte del comune di Cordenons, ivi compresa la trasmissione degli stessi alla Banca dati delle DAT.

1) Cognome / Nome :

Data: Firma:

2) Cognome / Nome :

Data: Firma:

3) Cognome / Nome :

Data: Firma:

Allego copia di documento di identità in corso di validità