



COMUNE DI MARTA

Provincia di Viterbo

**Regolamento
di gestione del registro
comunale
delle dichiarazioni
anticipate
di trattamento
sanitario
(DAT)**

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n.26 del 06.04.2018



COMUNE DI MARTA
Provincia di Viterbo

Regolamento di gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n.26 del 06.04.2018

INDICE

Art.	DESCRIZIONE
1	Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento biologico. Finalità.
2	Definizioni
3	Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT.
4	Caratteristiche del Registro
5	Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT.
6	Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro
7	Attività di pubblicazione ed informazione
8	Abrogazioni di norme
9	Rinvio
10	Entrata in vigore

ART. 1 – Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - Finalità.

Il Comune di Marta per promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, istituisce il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT), con la finalità di consentire l'iscrizione nominativa, mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di tutti i cittadini che hanno depositato una dichiarazione anticipata di trattamento presso un notaio o presso questo ufficio di stato civile, allo scopo di fornire informazioni alle persone autorizzate circa l'esistenza di una DAT, la data di compilazione e il soggetto presso il quale tale documento è depositato.

ART. 2 – Definizioni

Ai fini del presente disciplinare si intende:

- *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT*: la dichiarazione, prevista nella legge 22 dicembre 2017, n. 219: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” secondo cui: “ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.”
- *Dichiarante*: colui che sottoscrive la DAT e la connessa dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, necessaria per l'iscrizione nel Registro;
- *Fiduciario*: la persona che assume il ruolo di garante della fedele esecuzione della volontà del dichiarante qualora egli si trovasse nell'incapacità di esprimere consapevolmente tale volontà, relativamente ai trattamenti proposti;
- *Fiduciario supplente*: la persona che ha il compito di assolvere alle funzioni del fiduciario, qualora quest'ultimo si trovi nell'impossibilità di provvedere;
- *Registro delle DAT*: il registro contenente la registrazione cronologica delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà resa dal dichiarante relativa alle proprie DAT.

ART. 3 – Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT

Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile, che provvede all'annotazione nell'apposito registro.

Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentono, le DAT possono essere espresse attraverso video registrazioni o dispositivi che consentono alla persona con disabilità di comunicare.

Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

Il Comune di Marta non fornisce indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nella *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT* e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario.

ART. 4 – Caratteristiche del Registro

Nel Registro sono annotate le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000 con le quali il dichiarante dà atto di avere depositato le proprie DAT, che saranno chiuse in apposito plico e sigillate, da conservare in apposito armadio in ferro e protetto da meccanismi di sicurezza, che contenga esclusivamente tali dichiarazioni al fine di garantire la massima sicurezza rispetto a violazioni della riservatezza delle stesse,.

L'ufficiale dello stato civile non potrà né leggere né disigillare i plichi a lui consegnati o presso di lui depositati.

Sono accettate e annotate solo le DAT rese da cittadini che risultino residenti nel Comune di Marta all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dal Registro.

La registrazione avviene in ordine cronologico di presentazione al Comune della dichiarazione.

La dichiarazione può essere consegnata all'ufficio di stato civile direttamente dal cittadino che le ha sottoscritte oppure essere trasmessa direttamente dal notaio che ha rogato la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT*.

Il deposito della DAT deve essere accompagnato da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto sul modello allegato o similare, che permetta, senza dover consultare la DAT l'individuazione del depositante e del fiduciario.

L'ufficiale di stato civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà ai soggetti di cui sopra una attestazione riportante il numero progressivo di registrazione attribuito alla dichiarazione.

Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione.

ART. 5 – Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario –DAT

Per consegnare personalmente la dichiarazione, la persona interessata deve prendere un appuntamento anche telefonico con l'ufficiale dello stato civile.

La presentazione della dichiarazione deve essere effettuata personalmente dal dichiarante.

La persona interessata si presenta al Responsabile dell'Ufficio, accompagnato dal Fiduciario e dall'eventuale Sostituto, se nominato, muniti di documento di identità in corso di validità.

Qualora la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario DAT* sia redatto da un notaio, il Comune di Marta si impegna a ricevere e annotare nel registro le dichiarazioni trasmesse direttamente dal rogante.

La disposizione anticipata di trattamento va consegnata in busta chiusa. In essa vanno inserite anche le copie fotostatiche dei documenti di identità dello stesso dichiarante, del fiduciario, nonché del fiduciario supplente, se nominato.

La busta viene sigillata e numerata con lo stesso numero di iscrizione sul Registro delle disposizioni anticipate di trattamento.

Il dichiarante compila e sottoscrive davanti al funzionario incaricato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulta espressa volontà di aver consegnato la propria DAT.

Il fiduciario e l'eventuale sostituto compilano e sottoscrivono, davanti al funzionario incaricato, la dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio contenente la volontà di essere stato nominato fiduciario dal dichiarante per la disposizione anticipata di trattamento. Alla dichiarazione viene assegnato lo stesso numero attribuito alla busta chiusa e ai fini della loro conservazione e archiviazione sono inserite nel fascicolo unitamente alla busta contenente la DAT.

Il Registro riporta il numero progressivo assegnato alla dichiarazione, il nome e indirizzo del notaio rogante, se presente, quello del fiduciario e dell'eventuale sostituto

del fiduciario, la data della dichiarazione, la data di registrazione, l'elenco dei soggetti che possono ottenere informazioni in merito a quanto registrato.

ART. 6 – Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro.

Il registro non è pubblico.

Possono prendere visione delle informazioni contenute nel registro, il dichiarante, e se indicati dal dichiarante nell'atto dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati dietro esibizione della ricevuta rilasciata all'atto della consegna della busta per l'individuazione certa della DAT e documento di riconoscimento del richiedente.

Il richiedente ricevente la documentazione provvede a rilasciare opportuna ricevuta degli atti acquisiti.

Art. 7 – Attività di pubblicazione ed informazione

L'amministrazione Comunale si attiva affinché le disposizioni del presente Regolamento siano pubblicizzate in tutto il territorio comunale, nelle forme più opportune.

Art. 8 – Abrogazioni di norme

Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari in contrasto con quelle presenti nel regolamento.

Art. 9 – Rinvio

Per quanto non previsto nel presente regolamento trovano applicazione le disposizioni di leggi e di regolamenti vigenti in materia.

Art. 10 – Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione. Il presente regolamento è reso pubblico mediante pubblicazione sul sito internet del comune, unitamente alla modulistica



COMUNE DI MARTA

Provincia di Viterbo

[Allegato 2]

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.



Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT
ACCETTAZIONE DELLA NOMINA del Fiduciario o del Fiduciario supplente

Il sottoscritto/a (cognome e nome)
nato/a a
(specificare anche lo Stato, se estero) il/...../..... e residente a
in Via/Piazza
n....., consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT del Comune di Marta e nel pieno possesso delle proprie capacità di intendere e di volere

DICHIARA

- di essere stato nominato **fiduciario** oppure **fiduciario supplente**

delle disposizioni anticipate di trattamento redatte dal/la Sig/ra

..... nato a
..... il...../...../..... residente
a..... in
via..... n.;

- 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 l'obbligo di motivazione.

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di Marta al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Marta, li/...../.....

Firma del fiduciario o fiduciario supplente

.....



COMUNE DI MARTA
Provincia di Viterbo

NUMERO PROGRESSIVO _____ del _____

assegnato alla DAT e riportato sul Registro Comunale

<p>FIRMATA FIDUCIARIO O SUPLENTE IN MIA PRESENZA</p> <p>Marta, li/...../.....</p> <p><i>L'ADDETTO</i></p> <p>.....</p>	<p>SI ALLEGA FOTOCOPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PASSAPORTO N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> N _____ in data _____</p>
--	---



Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'ufficio di Stato Civile

Il sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a a (specificare anche lo Stato,
se estero) il/...../..... e residente a..... in
Via/Piazza.....n.....

consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai
sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle
Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT del Comune di Marta e nel pieno
possesso delle proprie capacità di intendere e di volere

DICHIARA

• che in data/...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di
trattamento (DAT);

• di avere indicato quale **fiduciario**

il Signor nato
a..... il...../...../..... residente
a.....
in via n.;

• di avere indicato quale **sostituto del fiduciario**

il Signor
nato a il/...../.....
residente a in via
..... n.;

• che la dichiarazione anticipata di trattamento è stata sigillata nel plico che viene
consegnato per il deposito all'ufficio dello stato civile del Comune di Marta

• che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati
contenuti nel Registro sono le seguenti:

il medico di famiglia del dichiarante i medici che avranno in cura
il dichiarante

il fiduciario e dal supplente del fiduciario il notaio che ha rogato l'atto

i seguenti eredi

.....

.....

- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità e copia del documento di identità del fiduciario e supplente del fiduciario e che tale busta è stata sigillata in mia presenza.
- Di essere a conoscenza che la DAT può essere rinnovabile, modificabile e revocabile in ogni momento.
- 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 l'obbligo di motivazione.
- 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 essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di Marta al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Marta, li/...../.....

Firma del dichiarante:

.....



COMUNE DI MARTA

Provincia di Viterbo

NUMERO PROGRESSIVO _____ **del** _____

assegnato alla DAT e riportato sul Registro Comunale

<p>FIRMATA DAL DICHIARANTE IN MIA PRESENZA</p> <p><i>Marta, li/...../.....</i></p> <p>L'ADDETTO</p> <p>.....</p>	<p>SI ALLEGA FOTOCOPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PASSAPORTO N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> N _____ in data _____</p>
--	---



[Allegato 5]

Dichiarazione presentata dal notaio rogante

Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'ufficio di stato civile

Il sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a a(specificare anche lo Stato, se estero) il/...../..... e residente a
in Via/Piazza
n.....,consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT del Comune di Marta

DICHIARA

- che in data/...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale **fiduciario**
il Signor nato a..... il/...../..... residente a a in via..... n.....;
- di avere indicato quale **sostituto del fiduciario**
il Signor nato a il/...../..... residente a in via..... n.....;
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è stata sigillata nel plico che viene consegnato per il deposito all'ufficio dello stato civile del Comune di Marta
- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:

<input type="checkbox"/> il medico di famiglia del dichiarante	<input type="checkbox"/> i medici che avranno in cura il dichiarante
<input type="checkbox"/> il fiduciario e dal supplente del fiduciario	<input type="checkbox"/> il notaio che ha rogato l'atto
<input type="checkbox"/> i seguenti eredi	

.....



- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità e copia del documento di identità del fiduciario e supplente del fiduciario e che tale busta è stata sigillata in mia presenza.
- Di essere a conoscenza che la DAT può essere rinnovabile, modificabile e revocabile in ogni momento.
- 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 l'obbligo di motivazione.
- 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 essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di Marta al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT
Marta, li/...../.....

Firma del dichiarante:
.....

AUTENTICA DI FIRMA

Io sottoscritto Dott.....
notaio residente in..... con studio in
via..... iscritto nel Collegio Notarile
di.....

CERTIFICO

che il Sig. (cognome e nome)
..... nato/a a
.....(specificare anche lo Stato, se estero)
il...../...../..... e residente a in Via/Piazza
.....n.

della cui personale identità io Notaio sono certo, ha reso la sopraestesa dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e seguenti del Testo Unico in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci ivi indicate e l'ha sottoscritta alla mia presenza.

....., li/...../.....

In fede



RICEVUTA
delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento sanitario (DAT)
e di una dichiarazione sostitutiva - da inserire nel registro comunale

N. **PROGRESSIVO DEL REGISTRO**

Al dichiarante.....

Al Fiduciario.....

Al Fiduciario supplente.....

Al Notaio rogante.....

Il sottoscritto funzionario incaricato alla tenuta dell'apposito registro comunale, in data odierna ho ricevuto una dichiarazione anticipata di trattamento sanitario (DAT) debitamente sigillata in apposito plico e con relativa dichiarazione sostitutiva a nome di:

(cognome e nome).....

nato/a a(specificare anche lo Stato, se estero) il...../...../..... e residente a.....

in Via/Piazza.....n.....

Inserisco la dichiarazione e il relativo plico al n del registro comunale in intestazione.

Preciso che la suddetta dichiarazione e relativo plico mi è stata consegnata da:

L'interessato/a

Il notaio rogante Dott.

notaio residente in con studio in via..... iscritto nel Collegio Notarile di

Allo/a stesso/a si rilascia la presente ricevuta in data/...../..... e ne allego una copia agli allegati al suddetto registro.

Il funzionario incaricato

.....



**Istanza per la
CANCELLAZIONE / MODIFICA
di dati contenuti
nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)**

*All'Ufficiale dello Stato Civile
responsabile della tenuta del registro
comunale del Comune di Marta*

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il/...../..... a.....
residente nel comune di..... in via
n....., avendo già depositato a mio nome una dichiarazione anticipata di trattamento
sanitario (DAT) presso questo ufficio di stato civile, e nel pieno possesso delle proprie
capacità di intendere e di volere

chiede di poter:

- Cancellare ogni dato e distruggere ogni allegato relativo alla mia iscrizione nel
suddetto registro**
- Sostituire il plico contenente la DAT con quello che viene consegnato in allegato**
- Modificare la scheda del registro n. a mio nome nel senso che là
dove è scritto:**

.....
.....
debba scriversi:

per i seguenti motivi.....

.....
A tal fine dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel “codice
della privacy (D.Lgs. 30/06/2003, n.196 in GU so 174 del 29/07/2003)” ed in
particolare delle responsabilità civili, penali ed amministrative in questo codice
previste per chi esegue trattamenti di dati personali non rispondenti alla tutela della
riservatezza e di quanto previsto nel regolamento comunale di gestione del registro
comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento
biologico -

In fede

.....



COMUNE DI MARTA

NUMERO PROGRESSIVO _____ del _____

assegnato alla DAT e riportato sul Registro Comunale

<p>FIRMATA DAL DICHIARANTE IN MIA PRESENZA</p> <p><i>Marta, li/...../.....</i></p> <p>L'ADDETTO</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>SI ALLEGA FOTOCOPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PASSAPORTO N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE N _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> N _____ in data _____</p>
---	---



**Istanza per l'acquisizione di dati contenuti
nel registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento
sanitario (DAT)**

*All'ufficiale dello Stato Civile
responsabile della tenuta del registro comunale del Comune di Marta*

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il/...../....., a residente nel comune di
..... in via
n.

in qualità di:

- medesimo interessato
- medico di famiglia del dichiarante
- medico curante del dichiarante
- fiduciario o supplente del fiduciario
- notaio che ha rogato l'atto
- erede

chiede:

- Di poter acquisire copia semplice della dichiarazione sostitutiva**
- La consegna del plico sigillato delle DAT**

a nome di:

.....
per i seguenti motivi
.....
.....

A tal fine dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel “codice della privacy (D.Lgs. 30/06/2003, n.196 in GU so 174 del 29/07/2003)” ed in particolare delle responsabilità civili, penali ed amministrative in questo codice previste per chi esegue trattamenti di dati personali non rispondenti alla tutela della riservatezza e di quanto previsto nel regolamento comunale di gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - testamento biologico -

Marta, lì

In fede

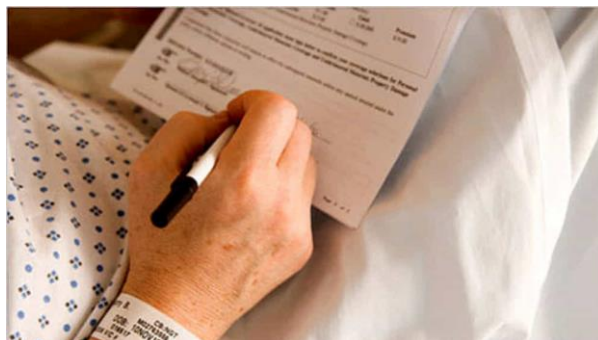
.....

Allego copia di un documento di identità.

**DISPOSIZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO SANITARIO
D.A.T.**

SCHEMA INFORMATIVA

**Registro comunale delle dichiarazioni
anticipate di trattamento sanitario (DAT)**



In attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, il nostro Comune ha istituito il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza, che provvede all'annotazione in apposito registro.

Nessun comune può fornire indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nelle dichiarazioni e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario, in quanto detto trattamento di dati sensibili non può essere eseguito da questa amministrazione.

Si precisa che il registro non è pubblico. Possono prendere visione delle informazioni ivi contenute il dichiarante, e solo se espressamente indicati nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio consegnata al Comune, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati.

COSA OCCORRE

Sono accettate e annotate solo le dichiarazioni rese da cittadini che risultino **RESIDENTI** nel Comune di Marta all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta comunque la cancellazione dal Registro.

PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE:

Tranne nel caso in cui venga redatta dal notaio, la dichiarazione deve essere presentata **PERSONALMENTE** dal dichiarante al funzionario incaricato previo appuntamento telefonico insieme al Fiduciario e Fiduciario supplente.

Il funzionario comunale incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro che riceve la dichiarazione, rilascerà un'attestazione riportante il numero progressivo di registrazione nel Registro delle DAT. Sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione, attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità.

DOVE RIVOLGERSI

Ufficio Servizi demografici e statistici in Piazza Umberto I° n. 10 – tel 0761-873835

Il Sindaco