



*Comune di PESCOLANCIANO*

*Provincia di ISERNIA*

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

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. .... del ...../...../.....

*[Allegato 1 alla deliberazione del Consiglio Comunale]*

**INDICE**

<b>Art.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
1	Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - Finalità
2	Definizioni
3	Registrazione
4	Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro
5	Modalità operative per la presentazione, ricezione, gestione e registrazione in apposito elenco cronologico delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
6	Norme finali

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

1. Il Comune di PESCOLANCIANO 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**

1. 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;
  - *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 – Registrazione**

1. La registrazione in apposito elenco cronologico delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. è riservato ai cittadini residenti nel Comune di Pescolanciano ed ha come finalità di consentire l'iscrizione nominativa di tutti i cittadini che hanno redatto le Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.), secondo le modalità di cui al successivo articolo 5 del presente Regolamento.
2. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dall'elenco, ma non permette più l'eventuale aggiornamento delle dichiarazioni depositate, che possono essere modificate o revocate nel nuovo comune di residenza.
3. L'elenco delle D.A.T. contiene l'indicazione, numerata progressivamente sulla base della data e del protocollo comunale di acquisizione della D.A.T., dei seguenti dati:
  - a) cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza relativi al soggetto che ha reso la D.A.T.;
  - b) modalità, luogo e data di redazione della D.A.T.;
  - c) cognome, nome, luogo e data di nascita, comune e indirizzo di residenza relativi al fiduciario indicato nella D.A.T.;
  - d) ogni ulteriore dato modificativo rilevante.
4. Il Responsabile dell'Ufficio di stato civile è tenuto alla conservazione delle D.A.T. con modalità che assicurino protezione in sicurezza specifica per la conservazione dei dati sensibili.

#### **Art. 4 – Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate sul registro**

1. L'elenco non è pubblico.
2. L'accesso all'elenco delle D.A.T. e, conseguentemente, alla documentazione collegata è consentito, per i soli dati di interesse, oltre che al dichiarante, al fiduciario, ad altri soggetti autorizzati dal disponente stesso ed indicati nella propria dichiarazione resa ai sensi del successivo articolo 5.
3. La richiesta di accesso all'elenco sarà esente da qualsiasi onere economico, fiscale e contributivo per il richiedente.

#### **Art. 5 – Modalità operative per la presentazione, ricezione, gestione e registrazione in apposito elenco cronologico delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.).**

1. La registrazione ed iscrizione nell'elenco avviene sulla base di un'istanza scritta, presentata personalmente dal disponente, redatta sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, corredata dal documento di identità valido e secondo il modello allegato sub A) al presente regolamento, alla quale il dichiarante può allegare, in busta chiusa e controfirmata sui lembi di chiusura, la dichiarazione anticipata di trattamento. La predetta busta è depositata e conservata, con le idonee misure di sicurezza, presso l'Ufficio comunale competente individuato ai sensi dell'art. 1 del presente regolamento che provvede, dopo aver registrato ed iscritto la D.A.T. nell'apposito elenco, a conservare in un plico l'istanza, la busta contenente la DAT e la restante e correlata documentazione prodotta, annotando sul medesimo plico il numero progressivo dell'iscrizione.
2. La disposizione anticipata di trattamento (DAT) può essere altresì depositata anche o esclusivamente presso Notaio o altro fiduciario. Tale eventualità dovrà essere dichiarata in sede di istanza di registrazione ed iscrizione nell'apposito elenco.
3. Nella medesima istanza l'interessato dichiara l'eventuale nomina del fiduciario maggiorenne di cui all'art. 2, comma 3, con lo specifico compito di controllare, al verificarsi delle condizioni, il rispetto delle volontà espresse dal beneficiario; in tal caso, nelle disposizioni anticipate di trattamento la sottoscrizione della dichiarazione da parte del fiduciario stesso equivale ad accettazione della nomina.
4. La disposizione di accettazione della nomina da parte del fiduciario, ove non contenuta nella D.A.T., deve essere sottoscritta con firma autografa secondo il modello allegato sub B) al presente regolamento e corredata di copia del documento d'identità, può essere consegnata personalmente dal fiduciario ovvero dal disponente all'ufficio competente che provvederà ad inserirla nell'apposito plico costituito.
5. In assenza di esplicita accettazione da parte del fiduciario, la nomina di fiduciario non produce effetti.
6. La nomina di fiduciario può essere revocata da parte del disponente in qualsiasi momento; in tal caso il fiduciario deve essere rinominato dal disponente. Per revocare il fiduciario il disponente deve consegnare all'ufficio di registrazione e iscrizione della D.A.T. l'atto di revoca del fiduciario. Contestualmente alla consegna dell'atto di revoca il disponente può sottoscrivere la nuova nomina del fiduciario. Laddove il fiduciario venga rinominato è necessario inserire nel plico la nuova nomina e la nuova dichiarazione di accettazione della nomina di fiduciario. A sua volta il fiduciario può rinunciare all'incarico in qualsiasi momento: in tal caso, ove non lo abbia fatto il fiduciario, l'ufficio competente provvede a darne comunicazione al disponente o al suo legale rappresentante. In tutti i casi l'ufficio competente provvede all'annotazione dell'aggiornamento dei dati nell'elenco.
7. Il disponente, nell'istanza di iscrizione può, inoltre, autorizzare l'ufficio a comunicare a chiunque ne faccia richiesta o a determinati soggetti, l'esistenza di dichiarazioni anticipate di trattamento – D.A.T.
8. Il disponente in qualsiasi momento può rinnovare, modificare e revocare la disposizione anticipata di trattamento DAT con le modalità previste dall'art. 4 della Legge 22.12.2017 n. 219; in tal caso l'ufficio competente, ricevuta la diversa e successiva manifestazione di volontà provvede alla cancellazione della relativa registrazione ed iscrizione nell'elenco mediante annotazione.
9. Il servizio di ricezione e registrazione delle D.A.T. è gratuito ed esente da marche e bolli.

## Art. 6 – Norme finali

1. Il presente Regolamento entra in vigore con l'esecutività della delibera di approvazione.
2. Le presenti disposizioni saranno oggetto di revisione obbligatoria qualora una disposizione di Legge provvederà a regolamentare diversamente la materia.

## MODELLO ALLEGATO SUB A) DEL REGOLAMENTO PER LA PRESENTAZIONE E LA RACCOLTA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - D.A.T.

All'Ufficio di Stato Civile  
COMUNE DI PESCOLANCIANO

OGGETTO: Istanza per la registrazione ed iscrizione nell'elenco comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento D.A.T.

Io sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
Codice fiscale .....  
Recapito telefonico ..... indirizzo e-mail..... (Eventuali comunicazioni relative alla gestione della D.A.T. mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via email sopra indicati, per i quali sarà mio onere comunicare eventuali variazioni).

### CHIEDO

**la registrazione ed iscrizione nell'elenco comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.**

(barrare le opzioni scelte)

- Chiedo la conservazione** presso l'ufficio comunale preposto della busta contenente la mia Disposizione Anticipata di Trattamento D.A.T., redatta nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta. A tal fine dichiaro che le buste da me consegnate sono due, una per il fiduciario e una per l'Amministrazione.

**Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,**

### DICHIARO

(barrare le opzioni scelte)

- di aver depositato copia della Disposizione Anticipata di Trattamento a Notaio come di seguito identificato:**

cognome e nome.....  
con sede a ..... in via .....  
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

- di aver depositato copia della Disposizione Anticipata di Trattamento presso altro depositario come di seguito identificato (in caso di struttura sanitaria):**

Denominazione.....  
Codice fiscale e/o partita IVA.....  
Sede legale a ..... in via .....  
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

**DICHIARO altresì**

(barrare le opzioni scelte)

**di aver nominato il seguente fiduciario che è autorizzato a richiedere la busta contenente la mia Disposizione:**

cognome e nome.....  
nato a.....il.....  
residente a ..... in via .....  
codice fiscale.....  
recapito telefonico.....indirizzo e-mail.....

**che il predetto fiduciario nominato ha accettato la nomina mediante sottoscrizione della DAT**

**di allegare dichiarazione di accettazione nomina da parte del predetto fiduciario**

**che il fiduciario è stato informato che i suoi dati personali verranno comunicati ai soggetti sopra autorizzati che richiedono l'attestazione di registrazione ed iscrizione nell'elenco.**

**di autorizzare l'ufficio a comunicare ai seguenti soggetti la mia iscrizione nell'elenco, in caso di richiesta da parte degli stessi:**

(barrare le opzioni scelte)

- |                                                                                                                                                                                                  |                                                   |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Parenti fino al 2° grado | <input type="checkbox"/> Conviventi   |
| <input type="checkbox"/> Medici curanti promotrici                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Medico di famiglia       | <input type="checkbox"/> Associazioni |
| <input type="checkbox"/> Direttore sanitario o legale rappresentante dell'istituto di cura o di assistenza in cui dovessi essere ricoverato.<br>Altro soggetto nominativamente individuato ..... |                                                   |                                       |

**DICHIARO inoltre che :**

- sono a conoscenza del regolamento comunale relativo alla presentazione e raccolta delle DAT;
- sono consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa revoca e che il cambio di residenza non comporta la cancellazione dall'elenco;
- sono consapevole che i fiduciari potranno rinunciare all'incarico.

Luogo e data

(firma del dichiarante)

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N 196 " CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI".**

- I dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per la redazione dell'elenco delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT – giusta delibera del Consiglio Comunale n. ----- del ----- e delle attività ad esso correlate e conseguenti;

- Il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi o modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;

- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali; - Il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;

- I dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza e i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante nell'istanza consegnata all'atto della richiesta di iscrizione nell'elenco.

-I dati personali conferiti a seguito dell'iscrizione nell'elenco non saranno oggetto di diffusione.

- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. LGS. 196/2003 " accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge" avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nel Responsabile Servizio stato civile

- La revoca della DAT comporta la cancellazione dell'iscrizione e dei dati.

- Il titolare del trattamento è il Comune di Pescolanciano; il responsabile del trattamento è il Responsabile del Settore Servizio stato civile.

### **RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente istanza – dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./dalla Sig.ra

..... Identificato/a  
previa esibizione di documento d'identità.....  
n.....rilasciato il ..... da.....

### **NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DAT E RIPORTATO SULL'ELENCO COMUNALE:**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Luogo e data

Il Funzionario Incaricato

### **MODELLO ALLEGATO SUB B) REGOLAMENTO PER LA PRESENTAZIONE E LA RACCOLTA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO D.A.T.**

Ufficio di Stato Civile  
COMUNE DI PESCOLANCIANO

**OGGETTO: Dichiarazione di accettazione del fiduciario relativa alla registrazione ed iscrizione nell'elenco comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento D.A.T.**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(Ai sensi artt. 38 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445)**

*Il Fiduciario della persona interessata alla registrazione ed iscrizione nell'elenco comunale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento D.A.T. tenuto presso il Comune di Pescolanciano, deve compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con sottoscrizione autografa e corredata da copia di un valido documento di identità e consegnarla al funzionario competente del Comune di Pescolanciano direttamente ovvero per il tramite del disponente.*

### **NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO ALLA DAT E RIPORTATO SULL'ELENCO COMUNALE:**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

lo sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....

Codice fiscale .....

Recapito telefonico ..... indirizzo e-mail.....

(Eventuali comunicazioni relative alla gestione della D.A.T. mi potranno pervenire ai recapiti telefonici e via email sopra

indicati, per i quali sarà mio onere comunicare eventuali variazioni).

**DICHIARO sotto la mia responsabilità e consapevole delle responsabilità penali a cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000**

1. di essere a conoscenza di essere stato nominato come persona di fiducia relativamente alla Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) redatto dal Sig./Sig.ra:

.....

nato/a il ..... a .....

2. di accettare la nomina di fiduciario;

3. di aver preso integrale visione del regolamento approvato con deliberazione consiliare n. ----- del -----

4. di essere a conoscenza che il mio nominativo sarà comunicato alle persone individuate dal medesimo dichiarante nell'istanza di iscrizione nell'elenco;

5. di essere a conoscenza che potrà essere presentata richiesta di cancellazione dalla veste di fiduciario;

6. di essere consapevole che, ai sensi del D.lgs. n. 193/2003 (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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)