

DICHIARAZIONI DI VOLONTA' ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

– Testamento biologico –

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ ()

Il ____/____/____ e residente a _____ () in via _____

visti

- L'art. 32 della Costituzione Italiana che specifica "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge";
- L'art. 9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n. 145 del 28 marzo 2001;

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

dichiaro

di voler esercitare il mio diritto di scelta o di rifiuto delle diverse possibilità di trattamento sanitario, attraverso le volontà qui espresse anticipatamente.

A tale scopo nel caso in cui necessitassi di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o nell'impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici

dispongo che

qualora io fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, oppure da una malattia o lesione celebrale totalmente invalidante e irreversibile o ancora se fossi uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanenti) e qualora tale situazione clinica, secondo il giudizio dei medici, venisse ritenuta irreversibile siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso l'uso di farmaci oppiacei, anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

Richiedo espressamente inoltre che non vengano intraprese nei miei confronti misure di prolungamento artificiale della vita se, secondo la migliore scienza e conoscenza medica, è constatato che tali misure dilazionino solamente la mia morte.

dispongo infine che

☐ non mi sia data assistenza religiosa

☐ mi sia data assistenza religiosa di confessione _____

i miei organi ☐ siano ☐ non siano donati per trapianti

il mio corpo ☐ sia ☐ non sia utilizzato per scopi scientifici o didattici

il mio funerale avvenga in forma

☐ civile ☐ religiosa secondo la confessione di fede da me professata

il mio corpo ☐ non sia cremato ☐ sia cremato e le mie ceneri : ☐ siano ☐ non siano disperse

altre direttive: _____

Al fine di rendere esecutive le suddette disposizioni e di assumere in mia vece le altre decisioni che fossero necessarie, e ai fini della designazione di un amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 c.c., ovvero della indicazione del tutore, ed in ogni caso per ogni effetto di legge

designo come mio FIDUCIARIO

il sig/ la sig.ra _____ nato/a a _____ ()

Il ___/___/___ e residente a _____ () in via _____

il/la quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.

Firma: _____

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo:

il sig/ la sig.ra _____ nato/a a _____ ()

Il ___/___/___ e residente a _____ () in via _____

il/la quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.

Firma: _____

La persona delegata dovrà prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà tenere conto della mia volontà e delle mie aspettative che ho qui lasciato per iscritto.

Potrà prendere visione della mia cartella clinica e autorizzare la sua consegna a terzi.

A questo fine sciolgo dal segreto professionale, nei confronti della persona a me delegata, chiunque sia tenuto al medesimo.

Resta inteso che queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con una successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Queste mie volontà sono depositate in originale presso _____

Luogo e data _____

In fede _____

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/03 dichiaro di prestare consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

Luogo e data _____

Firma: _____

PRESENTAZIONE DAT (DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO). COMUNICAZIONE DATI

All'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di MONTICELLI D'ONGINA (PC)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il / /

residente nel Comune di

in via n.

Codice Fiscale

Tel./Cell. e-mail:

in qualità di **DISPONENTE**

PROVVEDE A PRESENTARE presso codesto Ufficio dello Stato Civile le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data/...../....., con le quali ha espresso 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. Contestualmente

INFORMA

☐ di **PRESTARE il proprio CONSENSO** all'invio di copia dell'atto contenente le proprie **Disposizioni Anticipate di Trattamento** di cui alla L. 22.12.2017 n. 219, sottoscritte in data / /, alla **BANCA DATI NAZIONALE**, istituita presso il Ministero della Salute con Decreto 10 dicembre 2019, n. 168;

in tal caso:

☐ di **prestare il consenso**

☐ di **NON prestare il consenso**

alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale DAT (*in caso di consenso il campo e-mail nei dati del disponente è obbligatorio*)

☐ di **NON PRESTARE il consenso** all'invio di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale.

Reperibilità della DAT (*obbligatoria se il disponente non presta il consenso all'invio della documentazione*)

Indirizzo, completo di c.a.p.

Telefono

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del Decreto sopra citato,

DICHIARA

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- di essere residente nel Comune di Monticelli d'Ongina (PC);
- di essere a conoscenza che le DAT consegnate possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

☐ DAT **“senza indicazione”** del fiduciario;

☐ DAT **con indicazione del fiduciario** nella persona di

Nome e Cognome

nato/a a il / /

residente nel Comune di via n.

Codice Fiscale

Tel./Cell. e-mail

☐ La DAT è **stata accettata** dal fiduciario;

☐ La DAT **NON** è **stata ancora accettata** dal fiduciario

Dichiara 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 bisogno di motivazione;
- nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla volontà del disponente;
- il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto.

Sarà mia premura informarne l'Ufficio di Stato Civile. Dichiara, infine, di essere a conoscenza della possibilità di ottenere la revoca di tutte le DAT precedentemente trasmesse ed inviate alla Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute, previa richiesta scritta presentata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Dichiara di aver preso visione dell'informativa 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 e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni per le quali la presente viene resa, e di acconsentire, ai sensi del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Per accettazione della nomina e, preso atto dell'informativa, per il consenso del trattamento dati:

(qualora indicato) Firma del fiduciario

Monticelli d'Ongina, Firma del disponente

Allega alla presente:

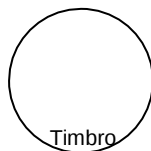
- 1. Il documento sopracitato (DAT) sottoscritto dal disponente e dal fiduciario se nominato;**
- 2. La fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**
- 3. La fotocopia del documento di riconoscimento del fiduciario in corso di validità.**

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Comune di MONTICELLI D'ONGINA (PC)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante

Monticelli d'Ongina,



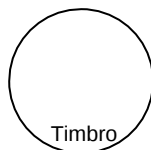
L'Ufficiale dello Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Comune di MONTICELLI D'ONGINA (PC)

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a sono state registrate in data odierna con protocollo N. e saranno conservate presso l'Ufficio dello stato civile di questo Comune, previo invio alla Banca Dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute.

Monticelli d'Ongina,



L'Ufficiale dello Stato Civile

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.

Gentile Signore/a, il Ministero della Salute, in qualità di titolare del trattamento dei dati da Lei forniti in relazione alla consegna, in qualità di disponente, delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), La informa di quanto segue:

Finalità del Trattamento: Scopo della Banca Dati Nazionale delle DAT istituita presso il Ministero della Salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della Legge del 27 dicembre 2017, n. 205 e disciplinata dal Decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019 è quello di effettuare a livello nazionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della Legge n. 219 del 2017, e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurando la piena accessibilità delle stesse al disponente, all'eventuale fiduciario dallo stesso nominato e al medico che ha in cura il disponente incapace di autodeterminarsi.

Tipologia dati: all'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla Banca Dati Nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:

- a) i Suoi dati anagrafici e di contatto;
- b) i dati anagrafici e di contatto del fiduciario, ove da Lei indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario;
- c) il Suo consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca Dati Nazionale o, in caso Lei non voglia renderla disponibile nella Banca Dati Nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;
- d) la copia della Sua DAT, ove abbia prestato il consenso alla trasmissione.

Trattamenti dati: il Ministero della Salute effettua, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 1 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati da Lei forniti: raccolta, conservazione, consultazione, elaborazione e diffusione esclusivamente in forma anonima e aggregata, cancellazione. I Suoi dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi del Ministero della Salute.

Soggetti abilitati ai suddetti trattamenti: i dati personali da Lei forniti sono trattati esclusivamente da personale appositamente designato dal titolare del trattamento. Detto titolare potrà avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679. La consultazione dei Suoi dati nella Banca Dati Nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), a Lei, al fiduciario da Lei indicato e ai medici che l'avranno in cura in caso di Sua incapacità ad autodeterminarsi.

Trasmissione dei Dati: il conferimento dei dati alla Banca Dati Nazionale DAT, per le finalità sopra indicate, può avvenire per il tramite dei seguenti soggetti alimentanti, titolari del trattamento di raccolta, conservazione e trasmissione dei dati:

- gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero;
- i notai e i Capi degli Uffici consolari italiani all'estero nell'esercizio delle funzioni notarili;
- i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.

Copia delle DAT depositate precedentemente al 1 febbraio 2020 sarà acquisita alla Banca Dati Nazionale entro il 31 luglio 2020 in assenza di una esplicita contraria volontà espressa dal disponente.

Conservazione dei dati: i dati da Lei forniti saranno conservati all'interno della Banca Dati Nazionale delle DAT per i dieci anni successivi alla Sua morte.

Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei e il fiduciario da Lei nominato potrete esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- e) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
- f) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- g) ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;
- h) chiedere al Ministero della Salute l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;
- i) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La informiamo che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede: "Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - viale Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma" o all'indirizzo mail: direzionesistemainformativo@sanita.it, ovvero tramite PEC a ["DGSI@postacert.sanita.it"](mailto:DGSI@postacert.sanita.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: rpd@sanita.it.