

COMUNE DI FLORIDIA

REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE DEL REGISTRO COMUNALE PER IL DEPOSITO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Deliberato dal Consiglio Comunale

nella seduta del 06 novembre 2018 con verbale n. 63

Articolo 1 - Istituzione del registro e tipi di disposizione

1. E' istituito presso l'ufficio dello stato civile dell'amministrazione comunale un Registro per la raccolta delle scritture private recanti le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e gli allegati ad esse.
2. Il Registro comunale raccoglie, unitamente alle DAT o con atto successivo da allegare alle DAT, le facoltative accettazioni di nomina del fiduciario.

Articolo 2 - Soggetti abilitati a richiedere la registrazione

1. L'iscrizione al registro può essere richiesta da tutti i residenti maggiorenni e capaci di intendere e volere.
2. Il venir meno della residenza nel Comune non comporta la cancellazione dal Registro.

Articolo 3 - Forma delle disposizioni anticipate di trattamento

1. Gli atti depositati presso il Registro comunale devono rispettare la forma prevista dall'articolo 4 della legge 219/2017, ossia la scrittura privata consegnata personalmente dal disponente.
2. Per il deposito delle DAT presso il Registro, ai sensi della legge 219/2017 non è obbligatoria la presenza dell'indicazione del fiduciario e della relativa accettazione di nomina.
3. L'inserimento di qualsiasi documento all'interno del registro ne comporta l'autenticazione da parte dei funzionari dell'ufficio dello stato civile.

Articolo 4 – Fiduciario

1. Con la sua accettazione di nomina, il fiduciario ha diritto a una copia delle DAT del disponente.
2. Il fiduciario può revocare in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione, la sua accettazione di nomina con atto scritto da allegare alle DAT del disponente. In questo caso l'ufficio dello stato civile è tenuto a informare il disponente entro e non oltre 48 ore successive al deposito della revoca di nomina.

Articolo 5 - Modalità di tenuta del Registro

1. L'inserimento di qualsiasi atto nel Registro è effettuato in modo che siano garantite la certezza della data di presentazione e dell'identità del dichiarante.
2. Le DAT e tutti gli atti ad esse allegati devono essere registrate e conservate presso il competente ufficio dello stato civile, che può renderle accessibili e consentire l'estrazione di copia al disponente, al fiduciario, all'azienda sanitaria presso cui risulta in cura il disponente o all'autorità giudiziaria nell'interesse del

disponente, in qualsiasi momento.

3. Entro e non oltre 48 ore successive all'estrazione da parte di qualsiasi soggetto di copia delle DAT e di tutti gli atti ad esse allegati, il Comune è tenuto a informare il disponente.

4. Le DAT dovranno essere conservate a cura del Comune con la massima cautela in modo da evitarne manomissioni, alterazioni e dispersioni anche parziali. In nessun caso il Comune ed i soggetti da esso preposti alla tenuta del Registro potranno consentire che alcuno acceda alle DAT, eccezion fatta per le ipotesi espressamente previste dalla legge e dal comma 2 del presente articolo.

5. Il Comune e i soggetti da esso preposti alla tenuta del Registro non possono essere chiamati a rispondere per il contenuto, l'efficacia, l'opponibilità e qualsiasi altro effetto delle DAT e degli atti ad esse allegati depositati.

Articolo 6 - Cancellazione e modifica delle disposizioni

1. Le disposizioni depositate, attraverso una nuova scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile, possono essere in qualsiasi momento rinnovate, modificate o revocate.

2. A fronte di autorizzazione da parte del disponente, l'ufficio dello stato civile è tenuto a informare il fiduciario entro e non oltre 48 ore successive al deposito del rinnovo, modifica o revoca delle DAT.

3. Il disponente può in ogni momento chiedere la cancellazione dal Registro di tutti o di singoli atti depositati, con atto scritto da presentare all'ufficio dello stato civile.

4. Ad eccezione dei casi in cui il disponente richieda la cancellazione dal Registro degli atti precedenti, il rinnovo o la revoca delle DAT sono allegati a tutti i documenti precedentemente raccolti.

Articolo 7 - Corrispettivi per la fruizione del servizio amministrativo

1. L'accesso al Registro è esente dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa ai sensi della legge 219/2017, articolo 4 comma 6.

Articolo 8 - Pubblicità e informazione

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente delibera, il Comune provvede a informare, anche attraverso i rispettivi siti internet, della possibilità di depositare le DAT presso il Registro istituito.

INTESTATARIO
Richiesta registrazione Disposizioni 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 _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

di consegnare le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento, contenenti le mie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, al Comune di Floridia;

di nominare, in relazione alle suddette Disposizioni, il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;

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 obbligo di motivazione;

di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

di essere a conoscenza che le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, le DAT mantengono efficacia in merito alla mia volontà;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella di tutela del diritto alla riservatezza;

Firma fiduciario

Floridia, li _____

Firma intestatario

NOMINA FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Florida _____ Timbro e firma _____

NOMINA FIDUCIARIO
Disposizioni 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 _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

nella mia **piena capacità di intendere e di volere**,

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

di aver consegnato le mie Disposizioni Anticipate di Trattamento al Comune di Floridia in data _____ senza aver nominato un fiduciario;

di nominare, in relazione alle suddette Disposizioni, il fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

che il fiduciario è il sig./sig.ra nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a in via _____

codice fiscale _____

che il fiduciario nominato è persona in grado di intendere e volere;

di aver consegnato al fiduciario una copia della DAT;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella di tutela del diritto alla riservatezza;

di essere a conoscenza che il ritiro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

Firma fiduciario

Floridia, li _____

Firma intestatario

NOMINA FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)
(art.4 della legge 22 dicembre 2017, n.219)

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Florida _____ Timbro e firma _____

ACCETTAZIONE INCARICO FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

dichiaro

di aver **accettato la nomina di fiduciario** nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) redatte dall'intestatario di seguito indicato: _____

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella di tutela del diritto alla riservatezza;

di essere a conoscenza che il ritiro delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) può essere effettuato esclusivamente dall'intestatario o dal fiduciario indicato dallo stesso intestatario.

Firma fiduciario

Floridia, li _____

Firma intestatario

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Floridia _____ Timbro e firma _____

RINUNCIA INCARICO FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

R I N U N C I A

all'incarico di fiduciario per il sig/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

Floridia, li _____

Firma

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Floridia _____ Timbro e firma _____

REVOCA INCARICO FIDUCIARIO
Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)

Io sottoscritto/a nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ mail _____

agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

REVOCA

l'incarico di fiduciario al il sig/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

Floridia, li _____

Firma intestatario

Parte riservata all'ufficio

Identificazione del fiduciario

La presente dichiarazione è stata sottoscritta da _____

di fronte all'ufficiale di stato civile, previa identificazione con documento _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

cronologico n° _____ data _____

Floridia _____ Timbro e firma _____