



# **COMUNE DI CICONIO**

Città Metropolitana di Torino

## **REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE E LA TENUTA DEL REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO DAT**

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 6 del 22.04.2024

# INDICE

Art. 1 – OGGETTO E FINALITÀ DEL REGOLAMENTO

Art. 2 – DEFINIZIONI

Art. 3 – NATURA E SCOPO DEL REGISTRO

Art. 4 – SOGGETTI LEGITTIMATI

Art. 5 – ISTITUZIONE E CONTENUTI DEL REGISTRO

Art. 6 – MODALITA' DI CONSEGNA DELLE DAT

Art. 7 - REVOCA, MODIFICA, ESTINZIONE E RINNOVO DELL'ISCRIZIONE

Art. 8 – MODALITA' DI ACCESSO AL REGISTRO

Art. 9 - NORME FINALI

Modulistica:

Mod. 1 - Istanza di consegna delle DAT

Mod. 2 - Nomina fiduciario

Mod. 3 - Accettazione della nomina di fiduciario

Mod. 4 – Revoca alla nomina di fiduciario

Mod. 5 – Rinuncia incarico di fiduciario

Mod. 6 – Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per deposito DAT presso terzi

## **ARTICOLO 1 OGGETTO E FINALITÀ DEL REGOLAMENTO**

1. Il presente Regolamento disciplina le modalità di ricevimento e di registrazione delle “Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT” previste dalla legge 22 dicembre 2017, n.219.
2. L'ufficio competente a ricevere le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), consegnate dai disponenti maggiorenni capaci di intendere e volere, è l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di Ciconio.
3. L'Ufficio dello Stato Civile ha il solo compito di ricevere, registrare e conservare le DAT, non deve partecipare alla redazione della scrittura né è tenuto a dare informazioni sul loro contenuto.

## **ARTICOLO 2 DEFINIZIONI**

Il Comune di Ciconio, nell'ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto anche nella fase terminale della vita istituendo a tal fine il registro per la raccolta delle Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Nel presente Regolamento si intende per:

1. “DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – DAT” il documento contenente la dichiarazione, prevista dalla legge, resa di propria spontanea volontà da parte di un Cittadino residente nel Comune di Ciconio, contenente la manifestazione di volontà in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, in previsione della eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.
2. “DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'AVVENUTO DEPOSITO DELLE DAT PRESSO TERZI” il documento contenente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa all'avvenuta redazione e deposito delle proprie DAT presso altri soggetti previsti dalla legge.
3. “DISPONENTE” la persona, residente a Ciconio che sottoscrive le DAT a condizione che abbia compiuto il diciottesimo anno di età, abbia capacità giuridica e non sia sottoposta ad alcun provvedimento restrittivo della capacità di agire.
4. “FIDUCIARIO” la persona di fiducia del disponente, colui che ne fa le veci e lo rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie qualora il disponente si trovi nell'incapacità di esprimere consapevolmente la volontà relativamente ai trattamenti proposti. Il fiduciario deve essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo che viene allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto comunicato al disponente e all'Ufficiale dello Stato Civile. Il Fiduciario può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente.

5. "LUOGO DI DEPOSITO DELLE DAT PRESSO IL COMUNE" il luogo sicuro e non accessibile al pubblico posto all'interno del Comune di Ciconio dove vengono custodite le DAT.
6. "REGISTRO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO" il registro, cartaceo e informatico, riportante la data e il numero progressivo di consegna delle DAT, generalità del disponente, generalità dell'eventuale fiduciario e mutamenti inerenti quest'ultimo.
7. "FUNZIONARIO RICEVENTE" il funzionario comunale, in possesso di delega di Ufficiale di Stato Civile, incaricato della tenuta delle DAT e dell'aggiornamento del relativo registro.  
Il funzionario ricevente rilascia al dichiarante l'attestazione relativa alla presentazione della dichiarazione di avvenuta consegna delle DAT.  
Il funzionario ricevente non conosce quanto indicato nelle DAT dal disponente pertanto non risponde dei contenuti né della completa e corretta compilazione delle stesse.

### **ARTICOLO 3 NATURA E SCOPO DEL REGISTRO**

1. Il presente Regolamento disciplina le modalità relative all'istituzione, alla tenuta, alla conservazione e all'utilizzo del registro, cartaceo ed informatizzato, delle DAT e delle comunicazioni di avvenuto deposito delle stesse presso terzi autorizzati dalla legge.
2. Il Regolamento definisce inoltre le procedure necessarie per la registrazione e la consegna al Comune di Ciconio delle DAT, per la loro conservazione e per garantire l'effettiva disponibilità di utilizzo al momento dell'insorgere delle relative condizioni di applicabilità.
3. Il registro è riservato alle persone residenti nel Comune di Ciconio e contiene l'iscrizione nominativa di tutti i Cittadini che consegnano copia delle DAT redatta secondo le modalità previste dalla legge e contenente l'eventuale indicazione di un fiduciario oppure consegnano una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa ad altro depositario previsto dalla legge, allo scopo di garantire, secondo i casi, la conoscenza dell'esistenza delle proprie DAT e il luogo di effettivo deposito.

### **ARTICOLO 4 SOGGETTI LEGITTIMATI**

1. Ogni individuo maggiorenne, capace di intendere e di volere, residente in Ciconio, può depositare le proprie DAT presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune.
2. Il fiduciario, persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, nominato nelle DAT, è il soggetto che avrà il compito di dare fedele esecuzione della volontà del disponente relativamente alle decisioni riguardanti i trattamenti da eseguire ove lo stesso si trovi nell'incapacità di intendere e di volere.
3. Il fiduciario rappresenta il disponente e ha il compito di informare i medici e/o gli operatori sanitari dell'esistenza delle DAT; può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente con dichiarazione innanzi all'Ufficiale dello Stato Civile e può esso stesso rinunciare alla nomina con atto o dichiarazione scritta comunicata al disponente e all'Ufficiale dello Stato Civile presso cui sono depositate le DAT.

## **ARTICOLO 5**

### **ISTITUZIONE E CONTENUTI DEL REGISTRO**

1. Il deposito delle DAT è oggetto di apposita istanza con la quale il disponente e l'eventuale fiduciario dichiarano di depositare le stesse o una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con l'indicazione del depositario nel caso in cui quest'ultimo sia diverso dal Comune di Ciconio.
2. La predetta istanza ha una data, un protocollo e un numero progressivo che vengono annotati su un apposito Registro e sulla busta contenente le DAT o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.
3. L'iscrizione nel Registro DAT è completamente gratuita fatte salve le norme vigenti circa l'assoggettamento all'imposta di bollo.

## **ARTICOLO 6**

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DELLE DAT**

1. La presentazione delle DAT o della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere effettuata personalmente dal disponente previo appuntamento con l'Ufficiale dello Stato Civile.
2. Il disponente deve consegnare personalmente all'Ufficiale dello Stato Civile, le DAT redatte in forma scritta, con data certa e sottoscritte con firma autografa accompagnate da un'istanza di consegna ("Modello 1" allegato al presente regolamento) ed esibendo un documento di identità in corso di validità.
3. Le DAT possono contenere la nomina di un fiduciario maggiorenne capace di intendere e volere, nel qual caso, l'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo allegato alle DAT stesse.
4. Nel caso in cui le DAT non contengano la nomina di un fiduciario, il disponente può in un secondo momento nominare un fiduciario compilando il "Modello 2" allegato al presente regolamento. Il fiduciario deve a sua volta formalmente accettare la nomina di fiduciario compilando il "Modello 3" allegato al presente regolamento. I predetti modelli devono essere firmati rispettivamente dal disponente e dal fiduciario innanzi all'Ufficiale dello Stato Civile, esibendo un documento di identità in corso di validità. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario viene allegata, per costituirne parte integrante e sostanziale, alle DAT. In assenza di esplicita accettazione da parte del fiduciario la nomina non produce effetti.
5. La busta contenente le DAT deve essere consegnata chiusa e l'Ufficiale dello Stato Civile deve provvedere a numerarla e registrarla unitamente all'istanza di consegna e all'eventuale documentazione allegata.
6. Sulla busta chiusa vengono riportati i seguenti dati identificativi:
  - la dicitura "Disposizioni Anticipate di Trattamento DAT";
  - le generalità (nome, cognome, luogo e data di nascita) del disponente;
  - nome e cognome, luogo e data di nascita dell'eventuale fiduciario.
7. L'Ufficiale dello Stato Civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del Registro, rilascia al disponente e all'eventuale fiduciario, unitamente ad una copia del presente Regolamento, l'attestazione dell'avvenuto deposito delle DAT, riportando il numero progressivo attribuito e annotato sul Registro.
8. Nella ricevuta rilasciata viene riportata la seguente dicitura: "Il funzionario incaricato al ritiro non conosce quanto indicato nelle DAT dal disponente pertanto non risponde dei contenuti né della completa e corretta compilazione delle stesse."
9. La "busta chiusa" o la "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà", dopo essere stata

registrata, viene introdotta a cura dell'Ufficiale dello Stato Civile ricevente in una seconda busta che viene sigillata ermeticamente in presenza degli interessati e da questi sottoscritta unitamente all'Ufficiale dello Stato Civile.

10. Le buste, che riportano all'esterno il nome e il cognome dell'interessato, il numero e la data del deposito, saranno conservate dall'Ufficiale dello Stato Civile in cassaforte o in archivi rotanti presso locali comunali dotati di serrature di sicurezza.
11. Le modalità di raccolta, di conservazione e qualsiasi trattamento delle DAT e del relativo Registro dovranno salvaguardare la riservatezza e la privacy dei dichiaranti.

## **ARTICOLO 7 REVOCA, MODIFICA, ESTINZIONE E RINNOVO DELL'ISCRIZIONE**

1. Al venir meno dell'iscrizione anagrafica nel Comune di Ciconio per trasferimento in altro Comune sul territorio italiano, il Comune di Ciconio segnala al nuovo Comune di residenza l'esistenza delle DAT depositate presso l'Ente.
2. Le DAT non possono essere trasferite ad altro Comune o Ente se non su esplicita richiesta del disponente, del fiduciario o di terzi previsti dalla legge.
3. L'Ufficio dello Stato Civile registra anche le comunicazioni di esistenza di DAT eventualmente ricevute da altri Comuni a seguito dell'iscrizione anagrafica in Ciconio.
4. L'iscrizione nel Registro può essere revocata dal disponente in qualunque momento.
5. Il disponente può inoltre modificare le proprie DAT in qualunque momento, chiedendo la restituzione della busta chiusa precedentemente consegnata e presentando delle nuove DAT secondo la procedura prevista per il primo deposito.
6. Eventuali revoche o modifiche dell'iscrizione, rese in forma diversa dalle modalità previste dal presente Regolamento o a soggetti diversi e non comunicate formalmente al Comune, esimono l'Ente da ogni responsabilità al riguardo.
7. Il Comune non assume alcun obbligo di ricerca o comunicazione ai fiduciari se non quelli eventualmente previsti dalla legge o dal presente Regolamento.

## **ARTICOLO 8 MODALITA' DI ACCESSO AL REGISTRO**

1. All'elenco delle DAT possono avere accesso: il disponente, il medico curante e il/i fiduciario/i oltre a tutti i soggetti, pubblici o privati, autorizzati per legge ad intervenire o gestire il procedimento.
2. Al di fuori dei casi sopracitati si applica la disciplina sull'accesso alla documentazione amministrativa (Legge n. 241/1990, DPR n. 184/2006 e s.m.i.) e l'accesso può essere esercitato dal parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del Codice Civile.
3. Per ottenere l'accesso al Registro il richiedente, previa identificazione, dovrà indicare i dati riportati nell'apposita sezione del Registro delle DAT.
4. La richiesta di accesso al Registro sarà esente da qualsiasi onere per il richiedente, fatte salve le norme vigenti circa l'assoggettamento all'imposta di bollo.

## **ARTICOLO 9 NORME FINALI**

1. Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo all'esecutività della deliberazione di approvazione da parte del Consiglio Comunale e viene pubblicato sul sito internet del Comune di Ciconio all'indirizzo internet [www.comune.ciconio.to.it](http://www.comune.ciconio.to.it) nella Sezione "Amministrazione trasparenza> Disposizioni generali> Atti".
2. La modulistica allegata al Regolamento può essere scaricata dal sito internet del Comune di Ciconio all'indirizzo internet [www.comune.ciconio.to.it](http://www.comune.ciconio.to.it) nella Sezione Modulistica > Ufficio Anagrafe".
3. Le norme del presente Regolamento si intendono automaticamente modificate per effetto di sopravvenute norme vincolanti statali e regionali; in tali casi, in attesa della formale modificazione del presente atto, si applica la normativa sopra ordinata.

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT  
(Art. 4, comma 6, della legge 22 dicembre 2017, n. 219)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a CICONIO in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cittadino/a  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

***in qualità di "DISPONENTE"***

**CHIEDE**

di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT e a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere persona maggiorenne capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di **CICONIO**

che il fiduciario è il/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_;

- che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate in data odierna;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT;

di essere a conoscenza che l'incarico dato al 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 informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega:

- le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT in busta chiusa;
- copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia fotostatica della propria tessera sanitaria in corso di validità.

“Nomina fiduciario” (Modello 2)

“Accettazione incarico di fiduciario” (Modello 3);

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del disponente (per esteso e leggibile)**

### **PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **L'Ufficiale dello Stato Civile**

---

### **RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE**

**Si attesta che le DAT in epigrafe relative a \_\_\_\_\_ sono state registrate in data odierna al n. \_\_\_\_\_ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso questo Comune.**

**Il funzionario incaricato al ritiro non conosce quanto indicato nelle DAT dal disponente pertanto non risponde dei contenuti né della completa e corretta compilazione delle stesse.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **L'Ufficiale dello Stato Civile**

(Modello 2)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**Disposizioni Anticipate di Trattamento - NOMINA FIDUCIARIO**  
**(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

***in qualità di "DISPONENTE"***

**NOMINA**

fiduciario il/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che l'incarico dato al fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità e senza obbligo di motivazione;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Si allega copia fotostatica di un documento d'identità personale in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del disponente (per esteso e leggibile)**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione di nomina fiduciario è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**

(Modello 3)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**Disposizioni Anticipate di Trattamento - ACCETTAZIONE NOMINA DI FIDUCIARIO  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**ACCETTA**

la nomina di fiduciario per il/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Si allega copia fotostatica di un documento d'identità personale in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione di accettazione della nomina di fiduciario è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal fiduciario della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**

(Modello 4)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**Disposizioni Anticipate di Trattamento – REVOCA INCARICO DI FIDUCIARIO  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle  
dichiarazioni false e mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

***in qualità di "DISPONENTE"***

**REVOCA**

l'incarico di fiduciario al/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Si allega copia fotostatica di un documento d'identità personale in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del disponente (per esteso e leggibile)**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

In caso di presentazione diretta in ufficio, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la firma del  
disponente è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**

(Modello 5)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**Disposizioni Anticipate di Trattamento - RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO  
(Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle  
dichiarazioni false e mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**RINUNCIA**

all'incarico di fiduciario per il/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 4, comma 2, Legge 219/2017 questo ufficio è invitato a comunicare la presente rinuncia al disponente.

Si allega la fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

In caso di presentazione diretta in ufficio, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la firma del fiduciario è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**

(Modello 6)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
del Comune di  
CICONIO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 21, 38 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a CICONIO in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cittadino/a  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
come richiamato dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità, **ai soli fini  
dell'annotazione nel Registro per il deposito e la custodia delle Disposizioni Anticipate di  
Trattamento (DAT) del Comune di Ciconio**

**DICHIARA**

che in data \_\_\_\_\_ ha depositato presso: \_\_\_\_\_  
nel comune di \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

le proprie personali Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), con cui ha manifestato la propria volontà in  
materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte  
terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, in previsione della eventuale futura incapacità di  
autodeterminarsi;

di non aver predisposto e depositato presso altri uffici o soggetti altre DAT;

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 aver nominato quale fiduciario il/la signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_,  
che ha accettato l'incarico;

di essere a conoscenza della possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle Disposizioni Anticipate di  
Trattamento (DAT);

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle 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 essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega:

- copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia fotostatica della propria tessera sanitaria in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

#### **PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**

---

#### **RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE**

**Si attesta che la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà prodotta ai soli fini dell'annotazione nel Registro per il deposito e la custodia delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) del Comune di Ciconio relativa a \_\_\_\_\_ è stata registrata in data odierna al n. \_\_\_\_\_ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e sarà conservata presso questo Comune.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**L'Ufficiale dello Stato Civile**