

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Il Disponente \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a Moncalieri (TO),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ nel pieno delle  
proprie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da  
assumere nel caso necessiti di cure mediche.

### Consenso informato

Voglio  Non voglio

essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto  
da malattia grave e non guaribile.

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le  
terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il Fiduciario

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ .cap. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

Voglio  Non voglio

essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

---

.....

### Disposizioni generali

**In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie  
decisioni ai medici**, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o  
sostituirle.

**Dispongo che i trattamenti:**

- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero;
- Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero;
- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero;
- Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero;
- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici;
- Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

### **Disposizioni particolari**

**Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza** (coma o persistente stato vegetativo o stato di minima coscienza) considerata irreversibile dai medici, **dispongo che:**

Siano       Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci sedativi) ;

- Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
- Voglio essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
- Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente;
- Non voglio essere sottoposto a trattamenti dialitici.

Altre disposizioni personali:

---

---

---

---

### **Nomina Fiduciario e Fiduciario sostitutivo**

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario (di seguito il “Fiduciario”), che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta,

il Fiduciario \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ .cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

il quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a Fiduciario
- di avere preso visione dell’informativa del Comune di Moncalieri relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito [www.comune.moncalieri.to.it](http://www.comune.moncalieri.to.it) e disponibile allo sportello e dell’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 nazionale delle DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione del Fiduciario** \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il rappresentante fiduciario sia nell’impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito il Fiduciario sostituto (di seguito il “Fiduciario Sostitutivo”)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ .cap. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a Fiduciario Sostitutivo
- di avere preso visione dell’informativa del Comune di Moncalieri relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito [www.comune.moncalieri.to.it](http://www.comune.moncalieri.to.it) e disponibile allo sportello e dell’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, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

**Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione del Fiduciario Sostitutivo \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto Disponente dichiara di avere preso visione dell'informativa del Comune di Moncalieri relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito [www.comune.moncalieri.to.it](http://www.comune.moncalieri.to.it) e disponibile allo sportello e dell'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, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

**Data \_\_\_\_\_ Firma del Disponente \_\_\_\_\_**

Allegare fotocopia del documento di identità del Fiduciario o del Fiduciario Sostitutivo