

**COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA**  
**PROVINCIA DI ALESSANDRIA**

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

## INDICE

|                                                                                                                   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Art. 1 - Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT).<br>Finalità .....       | 3 |
| Art. 2 - Definizioni.....                                                                                         | 3 |
| Art. 3 - Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT .....                                            | 3 |
| Art. 4 - Caratteristiche del Registro .....                                                                       | 4 |
| Art. 5 - Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT ..... | 4 |
| Art. 6 - Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro.....                | 4 |
| Art. 7 - Forme di pubblicità .....                                                                                | 5 |
| Art. 8 - Entrata in vigore .....                                                                                  | 5 |
| Allegato A) - Dichiarazione di deposito delle disposizioni anticipate di trattamento sanitario – DAT.             |   |
| Allegato B) - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal fiduciario.                               |   |

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

1. Il Comune di Castellazzo Bormida 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 l'Ufficio di Stato Civile Del Comune , 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 - Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT**

1. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello Stato Civile, che provvede all'annotazione nell'apposito registro.
2. Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.
3. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.
4. L' Ufficiale di Stato civile che riceve la dichiarazione non fornisce indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nella Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario.

#### **Art. 4 - Caratteristiche del Registro**

1. Nel Registro sono annotate le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000 con le quali il dichiarante da atto di avere depositato le proprie DAT, che saranno chiuse in apposito plico e sigillate, da conservare in luogo e con modalità che diano la massima sicurezza rispetto a violazioni della riservatezza delle stesse.
2. L'ufficiale dello Stato Civile non potrà né leggere né disigillare i plichi a lui consegnati o presso di lui depositati. Sono accettate e annotate solo le DAT rese da cittadini che risultino residenti nel Comune di Castellazzo Bormida all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dal Registro.
3. La registrazione avviene in ordine cronologico di presentazione al Comune della dichiarazione.
4. La dichiarazione può essere consegnata all'ufficio di Stato Civile direttamente dal cittadino che le ha sottoscritte oppure essere trasmessa direttamente dal notaio che ha rogato la Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT.
5. L'ufficiale di Stato Civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà ai soggetti di cui sopra una attestazione riportante il numero progressivo di registrazione attribuito alla dichiarazione.
6. Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione.

#### **Art. 5 - Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT**

1. Per consegnare personalmente la dichiarazione, la persona interessata deve prendere un appuntamento anche telefonico con l'ufficiale dello Stato civile.
2. All'atto del deposito del Testamento Biologico il Dichiarante dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatta secondo il modello allegato A) al presente regolamento, che permetta, senza dover consultare la DAT l'individuazione del depositante e del fiduciario, nella quale dichiarerà la consegna della busta chiusa, la nomina dei Fiduciari e che non ha depositato altro Testamento Biologico presso soggetti pubblici o privati, diversi dal Comune di Castellazzo Bormida.
3. Il Fiduciario dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatta secondo il modello allegato B) al presente regolamento, nella quale dichiarerà di aver preso conoscenza e di accettare l'incarico di dare fedele esecuzione alla volontà del Dichiarante.
4. Qualora la Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario DAT sia redatta da un notaio, il Comune di Castellazzo Bormida si impegna a ricevere e annotare nel registro le dichiarazioni trasmesse direttamente dal rogante.
5. Il Registro riporta il numero progressivo assegnato alla dichiarazione, il nome e indirizzo del notaio rogante, se presente, quello del fiduciario e dell'eventuale sostituto del fiduciario, la data della dichiarazione, la data di registrazione, l'elenco dei soggetti che possono ottenere informazioni in merito a quanto registrato.

#### **Art. 6 - Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro**

1. Il registro non è pubblico.
2. Possono prendere visione delle informazioni contenute nel registro, il dichiarante, e se

indicati dal dichiarante nell'atto dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati.

#### **Art. 7 - Forme di pubblicità**

1. Il Comune adotta le iniziative idonee per assicurare la più ampia conoscenza del presente regolamento, al fine di assicurare la possibilità alle persone interessate di inoltrare domanda di iscrizione all'albo comunale dei volontari civici.
2. Ai fini di cui al comma 1, il regolamento, successivamente alla sua entrata in vigore, sarà pubblicato sul sito istituzionale del Comune e dell'entrata in vigore sarà dato avviso sul notiziario comunale "Castellazzo Notizie".

#### **Art. 8 - Entrata in vigore**

1. In conformità a quanto previsto dall'art. 51 comma 3 del vigente Statuto Comunale, il presente Regolamento entra in vigore decorsi 15 giorni dalla pubblicazione all'Albo pretorio informatico della relativa deliberazione di approvazione. Dalla medesima data è abrogata qualsiasi norma regolamentare in materia non compatibile con il presente Regolamento.

- **Deliberazione di approvazione:** C.C. n. 32 del 26/09/2018, pubblicata all'albo pretorio comunale dal 02/10/2018 al 16/10/2018, esecutiva dal 12/10/2018.
- **Entrata in vigore:** 17/10/2018

**DICHIARAZIONE DI DEPOSITO DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO  
SANITARIO – DAT**

(artt. 21, 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**Da produrre al Comune di Castellazzo Bormida**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

residente in Castellazzo Bormida – Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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 penale responsabilità

**DICHIARA**

- che in data \_\_\_\_\_ ha depositato in busta chiusa, presso l'ufficio del Comune di Castellazzo Bormida (o altro depositario) preposto alla conservazione, le proprie personali disposizioni anticipate di trattamento sanitario - in breve DAT - con le quali ha espresso la sua volontà circa i trattamenti sanitari ai quali desidera o non desidera essere sottoposto/a nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato;
- che le dichiarazioni contengono le sue generalità e fotocopia del suo documento d'identità, al fine della sua certa individuazione;
- di non avere depositato le DAT presso altro Comune;
- di aver nominato quale rappresentante fiduciario, in caso di sua perdita delle capacità di decidere o di comunicare le proprie decisioni:

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

che ha accettato l'incarico di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nelle dichiarazioni depositate presso il competente ufficio comunale;

- di aver nominato quale rappresentante fiduciario supplente, in caso di impossibilità del fiduciario:

cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

che ha accettato l'incarico di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nelle dichiarazioni depositate presso il competente ufficio comunale in caso di impossibilità ad assolvere il compito da parte del fiduciario;

- di essere a conoscenza delle possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) e della nomina del fiduciario e del fiduciario supplente.

Castellazzo Bormida, lì \_\_\_\_\_

Il /La Dichiarante

\_\_\_\_\_

**COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA**

**Provincia di Alessandria**

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente è stata sottoscritta in mia presenza dall'interessato/a, previo accertamento dell'identità tramite documento d'identità:

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

Castellazzo Bormida Li \_\_\_\_\_

Firma Addetto alla ricezione

\_\_\_\_\_

**COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA**

**Provincia di Alessandria**

N. registro \_\_\_\_\_ per il deposito e la custodia delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Deposito in data \_\_\_\_\_

Il Comune di Castellazzo Bormida, titolare del trattamento dei dati, utilizzerà i dati personali forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in oggetto, avente finalità istituzionale (D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 e s.m.i.).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ RESA DAL FIDUCIARIO**

(artt. 21, 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**Da produrre al Comune di Castellazzo Bormida**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
residente in Castellazzo Bormida – Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

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 penale responsabilità

**DICHIARA**

- in data \_\_\_\_\_ è stato/a nominato/a quale rappresentante fiduciario/a da parte di:

cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in relazione alle DAT - dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario che il/la predetto/a ha depositato in data \_\_\_\_\_ presso il Comune di Castellazzo Bormida (oppure altro depositario) \_\_\_\_\_

- di aver accettato l'incarico di garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse nelle dichiarazioni DAT che \_\_\_\_\_ (cognome e nome dichiarante DAT) ha depositato presso il competente ufficio comunale (o altro depositario), in caso di perdita della capacità di decidere o di comunicare le proprie decisioni da parte di quest'ultimo/a - di essere a conoscenza della possibilità di modifica, ritiro, sostituzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) da parte del soggetto che lo ha delegato e della possibilità di revoca dei fiduciari sia da parte del delegante che da parte dei fiduciari stessi.

Castellazzo Bormida, lì \_\_\_\_\_

Il /La Dichiarante

\_\_\_\_\_

**COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA**

**Provincia di Alessandria**

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente è stata sottoscritta in mia presenza dall'interessato/a, previo accertamento dell'identità tramite documento d'identità:

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

Castellazzo Bormida Lì \_\_\_\_\_

Firma Addetto alla ricezione

\_\_\_\_\_

**COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA**

**Provincia di Alessandria**

N. registro \_\_\_\_\_ per il deposito e la custodia delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Deposito in data \_\_\_\_\_

Il Comune di Castellazzo Bormida, titolare del trattamento dei dati, utilizzerà i dati personali forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in oggetto, avente finalità istituzionale (D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 e s.m.i.).