

PRESENTAZIONE DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

DATI DEL DICHIARANTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

DICHIARAZIONI

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte. Dispongo che

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

Delego ad essere informato e a decidere in mia vece quale persona mia di fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie:

Cognome	Nome

Luogo di nascita		Data di nascita	
Via/piazza			Numero civico
Comune		Provincia	CAP
Codice fiscale		Cittadinanza	
Numero di telefono fisso		Numero di telefono mobile	
Indirizzo email		Indirizzo PEC	

Inoltre,

- voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.
- autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, deciderò di annullare 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 sì no
- siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero sì no
- 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 sì no

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 (come o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

- siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore sì no

In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte):

- sia praticata su di me la respirazione cardiopolmonare se possibile sì no
- voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica sì no
- voglio essere idratato o nutrito artificialmente sì no
- voglio essere dializzato sì no
- voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza sì no
- voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue sì no
- voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche sì no

ALTRE DISPOSIZIONI

- Desidero l'assistenza religiosa.
 Sì, della seguente confessione: _____
 No
- Desidero un funerale.
 Sì No
- Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
 Sì No, non desidero un funerale religioso.
- Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
 Autorizzo Non autorizzo
- Autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
 Autorizzo Non autorizzo
- Dispongo che il mio corpo sia inumato. sì no
- Dispongo che il mio corpo sia cremato. sì no

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il/la signor/a:

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il/la signor/a

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

Conferisco al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricordi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigettare o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

EVENTUALI NOTE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il dichiarante

_____, ____/____/____

DA ALLEGARE:

- Documento d'identità in corso di validità del dichiarante.