



**COMUNE DI SAN NICOLA DELL'ALTO  
PROVINCIA DI CROTONE**

■ Regolamento  
"A"

Allegato

STATO CIVILE	<b>MODALITÀ OPERATIVE DI RICEVIMENTO E REGISTRAZIONE DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - D.A.T. (L. 219/2017).</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Legge 22 dicembre 2017, n. 219</li><li>- Circolare Ministero dell'Interno n. 1/2018 del 08-02-2018</li></ul>

Approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 14 del 10.05.2018

# INDICE

Art. 1 – Oggetto e finalità del regolamento

Art. 2 – Definizioni

Art. 3 – Modalità di consegna delle D.A.T.

Art. 4 – Elenco delle D.A.T. presentate

Art. 5 – Accesso

Art. 6 – Abrogazione di norme

Art. 7 - Rinvio

Art. 8 – Entrata in vigore

Modulistica:

Mod. 1 - Istanza di consegna delle DAT

Mod. 2 - Nomina fiduciario

Mod. 3 - Accettazione della nomina di fiduciario

Mod.4 - Modifica del fiduciario

Mod.5 – Rinuncia incarico di fiduciario

Mod.6 – Revoca incarico di fiduciario

Mod.7 – Comunicazione avvio procedimento

## **Art. 1**

### **Oggetto e finalità del regolamento**

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di ricevimento e 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 e capaci di intendere e volere, è l’ufficio dello stato civile.
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 contenuto delle DAT.

## **Art. 2**

### **Definizioni**

1. “Disposizioni Anticipate di Trattamento” (DAT): la dichiarazione, resa di propria spontanea volontà, da parte di un cittadino, 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. “Disponente” colui che sottoscrive le DAT e che può nominare un fiduciario.
3. “Fiduciario”: la persona di fiducia del disponente, che ne fa le veci e lo rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, qualora il disponente si trovasse nell’incapacità di esprimere consapevolmente la volontà relativamente ai trattamenti proposti.

## **Art. 3**

### **Modalità di consegna delle D.A.T**

1. La presentazione delle DAT dovrà essere effettuata personalmente dal “disponente” previo appuntamento telefonico o via mail con l’ufficio dello Stato Civile.
2. Il “disponente” dovrà consegnare personalmente, all’ufficio dello stato civile, le DAT redatte in forma scritta, con data certa e sottoscritte con firma autografa assieme ad una “istanza di consegna” (Mod.1), esibendo un documento di identità in corso di validità.
3. Le DAT possono contenere la nomina di un fiduciario maggiorenne e capace, nel qual caso, l’accettazione della nomina da parte del fiduciario avverrà attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo allegato alle DAT.
4. Nel caso che le DAT non contengano la nomina di un fiduciario, il disponente potrà compilare e firmare la “nomina fiduciario” (Mod.2) che a sua volta dovrà formalmente “accettare la nomina di fiduciario” (Mod.3), firmando entrambi detti atti innanzi all’ufficiale di 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, assieme alle DAT. In assenza di esplicita accettazione da parte del fiduciario, la nomina del fiduciario non produce effetti.
5. La busta contenente le DAT dovrà essere consegnata chiusa e verrà numerata e registrata unitamente all’istanza di consegna ed eventuali allegati.
6. Sulla busta chiusa si dovranno riportare i seguenti dati identificativi:
  - La dicitura “Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT di \_\_\_\_\_”;
  - Le generalità (nome, cognome, luogo e data di nascita) del disponente;
  - Nome e cognome del fiduciario.
7. Il disponente potrà modificare le DAT depositate mediante la consegna di altre DAT e contestuale ritiro delle precedenti, con le medesime modalità previste per la consegna.

## **Art. 4**

### **Elenco delle DAT presentate**

1. Presso l'ufficio di stato civile è istituito un elenco in forma cartacea e/o digitale nel quale verranno numerate e registrate le DAT presentate dai cittadini che risultano residenti nel Comune di TAVERNA all'atto della richiesta.

2. La registrazione nell'elenco avverrà in ordine cronologico di presentazione registrando il numero d'ordine, il numero di protocollo, la data di presentazione, le generalità del disponente e del fiduciario nonché i mutamenti del fiduciario e le variazioni delle DAT.

#### **Art 5** **Accesso**

1. All'elenco delle DAT potranno avere accesso: il disponente, il medico curante e il fiduciario. Al di fuori dei casi sopracitati si applica la disciplina sull'accesso alla documentazione amministrativa (legge 241/1990 e DPR 184/2006) e l'accesso potrà essere esercitato dal parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74,75,76 e 77 del codice civile.

#### **Art. 6** **Abrogazione di norme**

1. Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari in contrasto con quelle del presente regolamento.

#### **Art. 7** **Rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente regolamento trovano applicazione le disposizioni di legge e regolamenti vigenti in materia.

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

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione. Il presente regolamento è reso pubblico mediante affissione di appositi avvisi all'albo pretorio comunale, nei consueti luoghi pubblici di affissione.

2. Il presente regolamento viene pubblicato, altresì, sul sito internet del Comune, unitamente alla modulistica.

(Mod. 1)

All'Ufficiale dello Stato Civile  
DEL COMUNE DI SAN NICOLLA DELL'ALTO (KR)

OGGETTO: **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  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cittadino/a  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
quale “*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:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di SAN NICOLA DELL'ALTO (KR)

che il fiduciario è il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

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 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 D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), 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;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

“Nomina fiduciario” (Mod. 2) ed “accettazione incarico di fiduciario” (Mod. 3)<sup>(1)</sup>;

Data \_\_\_\_\_

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

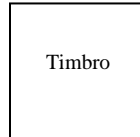
(1) Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

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

\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_



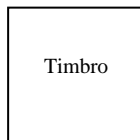
\_\_\_\_\_  
**L'ufficiale dello Stato Civile**

---

**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 l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Data \_\_\_\_\_



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

---

**(Mod. 2)**  
**All'Ufficiale dello Stato Civile**  
**del Comune di SAN NICOLA DELL'ALTO (KR)**

OGGETTO: **Nomina fiduciario.** (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

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

**N O M I N A**

fiduciario il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
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".

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

Data \_\_\_\_\_

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

---

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro

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

**(Mod. 3)**  
**All'Ufficiale dello Stato Civile**

**OGGETTO: Accettazione della nomina di fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

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

**A C C E T T A**

la nomina di fiduciario per il Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
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".

- Di essere a conoscenza che l'incarico del 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 D. Lgs. 196/200 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

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

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro

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

**(Mod. 4)**

**All'Ufficiale dello Stato Civile**

**DEL COMUNE DI SAN NICOLA DELL'ALTO (KR)**

**OGGETTO: Modifica del fiduciario. (Art. 4, comma 3, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
in riferimento alla consegna effettuata in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ delle proprie Disposizioni  
Anticipate di Trattamento - DAT

**CHIEDE**

la modifica del fiduciario Sig./ra \_\_\_\_\_  
con la seguente persona Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.  
Di essere informato che, ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), i dati  
sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati  
esclusivamente per tale scopo.  
Si allega la fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità.

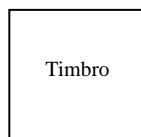
Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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 DPR 445/2000, la firma del  
disponente è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante:

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**Il dipendente incaricato**

(Mod. 5)

**All'Ufficiale dello Stato Civile**

**DEL COMUNE DI SAN NICOLA DELL'ALTO (KR)**

**OGGETTO: 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 \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**RINUNCIA**

all'incarico di fiduciario del Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

A norma dell'art. 4, comma 2, Legge 219/2017 codesto ufficio è invitato a comunicare la presente rinuncia al disponente.

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

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

Data \_\_\_\_\_

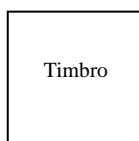
\_\_\_\_\_  
**Firma del fiduciario** (per esteso e leggibile)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**Il dipendente incaricato**

**All'Ufficiale dello Stato Civile**  
**DEL COMUNE DI SAN NICOLA DELL'ALTO (KR)**

OGGETTO: **Revoca incarico di fiduciario. (Art. 4, comma 3, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).**

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

**REVOCA**

l'incarico di fiduciario al/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

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

Si allega la fotocopia 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 DPR 445/2000, la firma del disponente è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Timbro

\_\_\_\_\_  
**Il dipendente incaricato**

(Mod. 7)

COMUNE DI SAN NICOLA DELL'ALTO

(PROVINCIA DI CROTONE)

**UFFICIO DELLO STATO CIVILE**

Prot. n. \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

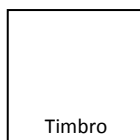
**OGGETTO: Comunicazione di avvio del procedimento a seguito di deposito delle Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT, di cui alla legge 22 dicembre 2017, n. 219.**

In riferimento alla richiesta in oggetto, ricevuta in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_, si informa che si è provveduto a conservare la busta contenente le DAT in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al D.Lgs. 30.6.2003, n.196 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e di averla registrata nell'elenco cronologico delle dichiarazioni presentate al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Ai sensi degli artt. 7, 8 e 10 della L. 7 agosto 1990, n. 241, si comunica che l'ufficiale di stato civile in data odierna ha dato avvio al procedimento in oggetto e che:

- **Amministrazione competente:** è l'ufficio dello stato civile di questo Comune;
- **Oggetto dell'istanza:** è il deposito e conservazione delle disposizioni anticipate di trattamento - DAT;
- **Responsabile del procedimento:** è il sottoscritto ufficiale dello stato civile;
- **L'ufficio in cui si può prendere visione degli atti:** è l'ufficio dello stato civile di questo Comune.

Distinti saluti.



\_\_\_\_\_  
**L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE**