

CITTÀ DI SAN DONÀ DI PIAVE
CITTÀ METROPOLITANA DI VENEZIA

Decorata con Croce al Merito di Guerra e con Medaglia d'Argento al Valor Militare

San Donà di Piave, 21/09/2023

Al Consigliere Comunale
Terzariol Daniele

**Oggetto: Risposta all'interrogazione n. 7 in data 07/08/2023 ad
oggetto "DAT (DICHIARAZIONI ANTICIPATE TRATTAMENTO): Quali
vere iniziative"**

Vista l'interrogazione presentata dal consigliere Terzariol in ordine all'iniziativa di questa amministrazione di mettere a disposizione nel sito del comune di San Donà di Piave un modello per la manifestazione delle Disposizioni anticipate di trattamento, preciso che, su richiesta del sindaco, Maggioli ha completato l'aggiornamento della modulistica presente in "SanDonà Facile" - lo Sportello telematico presente sul nostro sito - inserendo un facsimile di dichiarazione (conforme all'allegato alla presente).

All'interno del procedimento di "*Presentazione delle DAT da parte del disponente*" è quindi ora disponibile:

- un modulo per la richiesta di iscrizione nel registro comune delle proprie disposizioni anticipate (già presente in precedenza);
- un modulo facsimile - in formato editabile - per la redazione delle stesse disposizioni (nuovo modello).

Conseguentemente l'Ufficio di Stato Civile, nel fornire indicazioni all'utenza, informa anche della possibilità di utilizzare tale modello.

Preciso che l'attività avviene nel rispetto delle disposizioni fissate con deliberazione della Giunta Comunale n. [52/2018](#) con la quale veniva istituito il registro comunale ed approvato il relativo disciplinare di tenuta nonché delle indicazioni operative fornite al riguardo dalla Prefettura di Venezia che impongono che l'ufficiale di stato civile non partecipi alla redazione della disposizione.

Il Sindaco
Avv. Teso Alberto



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

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a San Donà di Piave, via n..... Cap
tele mail

nel pieno delle mie 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/la signor/ra
nato/a a il
residente a prov
via n. cap.....
tele mail

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, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il/la signor/ra

nato/a a il
residente a prov
via n. cap.....
tel e mail

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a
- di avere preso visione dell'informativa del Comune di San Donà di Piave relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata alla Sezione Privacy sul sito www.sandonadipiave.net 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/a _____

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

nato/a a il
residente a prov
via n. cap.....
tel e mail

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a
- di avere preso visione dell'informativa del Comune di San Donà di Piave relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata alla Sezione Privacy sul sito www.sandonadipiave.net 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/a sostitutivo/a _____

Il sottoscritto disponente dichiara di avere preso visione dell'informativa del Comune di San Donà di Piave relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata alla Sezione Privacy sul sito www.sandonadipiave.net 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 del/la disponente _____