

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTA' DEI TRATTAMENTI DI NATURA MEDICA

Io sottoscritto/a (nome cognome)

luogo di nascita prov. (o paese estero)..... data

domicilio (via / cap / città / prov)

documento d'identità

dichiaro e dispongo

nella pienezza delle mie facoltà fisiche e mentali che, nell'ipotesi mi accada in futuro di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai medici curanti sulle scelte da adottare riguardo ad una malattia della mia persona:

qualora fossi affetto/a:

- da una malattia allo stadio terminale;
- da una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile;
- da una malattia implicante l'utilizzo permanente di macchine o altri sistemi artificiali e tale da impedirmi una normale vita di relazione,

Nelle predette ipotesi non voglio essere sottoposto/a ad alcun trattamento terapeutico

Sempre, nelle predette ipotesi:

- **dispongo** che, qualora io soffra gravemente, si provveda ad opportuno trattamento analgesico pur consapevole che questo possa affrettare la fine della mia esistenza;
- **rifiuto**, che qualora non fossi più in grado di assumere cibo o bevande, di essere sottoposto/a alla idratazione o alimentazione artificiale;
- **rifiuto**, qualora io fossi anche affetto/a da malattie intercorrenti (come infezioni respiratorie ed urinarie, emorragie, disturbi cardiaci e renali) che potrebbero abbreviare la mia vita, qualsiasi trattamento terapeutico attivo, in particolare antibiotici, trasfusioni, rianimazione cardiopolmonare, emodialisi.

Inoltre sempre nelle predette ipotesi:

Rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine.

In caso di mia incapacità, ai fini di divulgare e far valere queste mie disposizioni, - nomino il seguente/e fiduciario

FIDUCIARIO

.....
.....

Resta inteso che questa mia dichiarazione di volontà, purché mi trovi nella pienezza delle facoltà mentali e fisiche, potrà essere da me revocata e modificata in ogni momento e che le persone coinvolte nella presente dichiarazione dovranno prenderne atto.

Luogo **Data**

Firma leggibile del dichiarante

DAT – Disposizioni Anticipate di Trattamento

Descrizione

La Legge n. 219 del 22/12/2017 “ Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” mira a tutelare il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, stabilendo il principio per cui nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Con l'introduzione della disciplina delle DAT, disposizioni anticipate di trattamento, ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte può dare indicazioni, attraverso le DAT, sui trattamenti sanitari da ricevere o da rifiutare nei casi in cui si trovassero in condizioni di incapacità.

L'Ufficiale dello Stato Civile **non può fornire informazioni mediche o avvisi in merito al contenuto della dichiarazione stessa** né può partecipare alla redazione della dichiarazione.

Le necessarie informazioni possono essere richieste all'ULSS o al proprio medico.

Le DAT devono esser redatte:

- per atto pubblico notarile
- oppure per scrittura privata autenticata dal notaio;
- **oppure per scrittura privata consegnata, in originale, personalmente dal disponente presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza del disponente medesimo.**

L'Ufficiale dello Stato Civile è legittimato a ricevere esclusivamente le DAT redatte per scrittura privata consegnate personalmente dal disponente.

Nella dichiarazione il disponente può indicare una persona di sua fiducia denominata “fiduciario” che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni tra medico e paziente.

L'accettazione della nomina del fiduciario avviene mediante sottoscrizione della DAT o con atto successivo.

Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto comunicato al disponente e il disponente può revocare in qualsiasi momento l'incarico al fiduciario.

Le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento, con le medesime forme con cui sono state redatte.

Cosa occorre

Dichiarazione Anticipata di Trattamento in originale e in fotocopia;

Documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia dello stesso [anche dell'eventuale fiduciario].

Dove andare

Ufficio dello Stato Civile

Esclusivamente previo appuntamento a Venezia Tel. 041 2748344 – 041 2748539

a Mestre (via Palazzo) 041 2746523

e-mail: statocivile.venezia@comune.venezia.it

Costi

Sono esenti dall'imposta di bollo e da qualsiasi tributo, imposta, diritto o tassa.

..^^^..^^^..^^^..

NOTE A CURA DEL CIRCOLO UAAR DI VENEZIA

- la legge 219/2017 non prevede l'indicazione obbligatoria di un fiduciario;
- il modello di DAT proposto sul retro di questa pagina è solo un esempio; sarà cura del Dichiarante personalizzarlo come desidera;
- nel caso si voglia utilizzare il modello DAT proposto, questo va fotocopiato senza il retro della presente pagina.

