



**Consolato Generale d'Italia
Parigi**

**DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)
Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a..... ilresidente a Parigi, via
.....n.....Cap.....tel.....
email

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..... ilresidente a.....Prov.....via..... n.....CAP..... tel

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.....il.....residente
 a.....Prov.....via.....
 n. Cap.....tel

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a
- di avere preso visione dell'informativa del Consolato Generale d'Italia in Parigi relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito [https://consparigi.esteri.it/Consolato Parigi/it/](https://consparigi.esteri.it/Consolato_Parigi/it/) e disponibile allo sportello 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 e 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..... il.....
.....residente a.....Prov.....via.....
n. Cap.....tel

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo
- di avere preso visione dell'informativa del Consolato Generale d'Italia in Parigi relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito <https://consparigi.esteri.it/Consolato Parigi/it/> e disponibile allo sportello 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 nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Data e firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo

.....

Il sottoscritto disponente, avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, dichiara di avere preso visione dell'informativa del Consolato Generale d'Italia in Parigi relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito <https://consparigi.esteri.it/Consolato Parigi/it/> e disponibile allo sportello 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 nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Inoltre dichiara di prestare il consenso alla trasmissione delle proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) alla Banca Nazionale all' uopo istituita.

Infine dichiara **di prestare / non prestare**** il consenso alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT

Data

Firma del/la disponente

* Allegare fotocopia del documento di identità del fiduciario/i

** barrare la dicitura inutile