

## DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a Mogorella (Or) indirizzo ..... tel. ....  
..... nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

### SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

*(barrare la casella per esprimere la scelta)*

1.  **Siano**  **Non siano**  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
2.  **Siano**  **Non siano**  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
3.  **Siano**  **Non 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.
4.  **Siano**  **Non siano**  
intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
5.  **Sia**  **Non sia**  
praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
6.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
7.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere idratato o nutrito artificialmente.

- 8.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere dializzato.
- 9.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
- 10.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
- 11.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....

.....

.....

.....

.....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

*Mogorella*, .....

In fede, .....

**NOMINA FIDUCIARIO**

Qualora io dovessi perdere la capacita 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 disposizione:

(cognome e nome) .....

nato/a il ..... a ..... prov. ....

residente a ..... prov. ....

indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

*Mogorella*, .....

In fede, .....

## NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

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

(cognome e nome) .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

*Mogorella*, .....

In fede, .....

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.

**Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

**Il Comune di Mogorella**, con sede in Mogorella, Via Risorgimento n. 16, email: [protocollo@comune.mogorella.or.it](mailto:protocollo@comune.mogorella.or.it) - pec: [comune.mogorella.or@legalmail.it](mailto:comune.mogorella.or@legalmail.it) - tel: 0783/45423, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.**

**IN ALTERNATIVA**

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.**

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)