

**REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE E LA
MANUTENZIONE DI UN REGISTRO DELLE
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO**

“REGISTRO DELLE DAT”

Art. 1 - Definizioni

Ai fini del presente documento s'intende per:

- a) **DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTÀ O DI TRATTAMENTO** un documento contenente le dichiarazioni rese da un soggetto residente nel Comune di Monte Sant'Angelo riguardanti la volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- b) **DICHIARANTE** il soggetto residente che rende la dichiarazione anticipata di volontà;
- c) **FIDUCIARIO** il soggetto che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla volontà del dichiarante, ove lo stesso si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, riguardo ai trattamenti medici da eseguire;
- e) **REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO** un registro riportante il numero progressivo delle dichiarazioni di avvenuta redazione della dichiarazione anticipata di volontà e l'elenco dei soggetti dichiaranti, oltre che dei fiduciari (fiduciario e eventuale fiduciario supplente), e del luogo in cui viene depositata la dichiarazione anticipata di trattamento;
- f) **FUNZIONARIO ACCETTANTE** il Funzionario comunale incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro. Il Funzionario accettante rilascerà al dichiarante l'attestazione relativa alla presentazione della dichiarazione di avvenuta predisposizione della dichiarazione anticipata di volontà. Essendo la dichiarazione anticipata di volontà un atto strettamente personale, il Funzionario accettante non risponde dei contenuti della stessa. Egli provvede alla trasmissione delle copie delle DAT alla Banca Dati Nazionale, qualora sia stato acquisito il consenso del dichiarante.

Art. 2 - Istituzione del Registro

1. Al fine di promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, il Comune di Monte Sant'Angelo istituisce il **Registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)**, a favore di coloro che, in previsione di una eventuale incapacità di manifestare la propria volontà e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, intendano esprimere le proprie disposizioni in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari e depositare le DAT, redatte per iscritto, per la loro registrazione presso il Comune di residenza.
2. È garantito il principio di riservatezza, in ossequio a quanto previsto dal D. Lgs. n. 196/2003;

Art. 3 - Natura e scopo del Registro

1. Il presente regolamento disciplina le modalità relative alla istituzione, alla manutenzione

e all'utilizzo del Registro (informatizzato) delle Dichiarazioni anticipate di trattamento (di seguito denominato Registro delle DAT).

2. Il presente regolamento definisce le procedure necessarie per la registrazione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (di seguito DAT) e per garantire la loro effettiva disponibilità di utilizzo al momento dell'insorgere delle relative condizioni di applicabilità.

Art. 4 - Soggetti legittimati a presentare le DAT

1. Ai sensi del presente regolamento, sono soggetti legittimati a presentare le DAT nelle forme e secondo le modalità ivi previste, tutti i cittadini residenti nel Comune di Monte Sant'Angelo e coloro che vi abbiano eletto domicilio sanitario, che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età, abbiano la capacità di intendere e di volere e non siano stati sottoposti a provvedimenti restrittivi della capacità di agire.
2. I soggetti legittimati dichiarano nelle DAT di non avere reso dichiarazioni analoghe e assumono specifico impegno a non renderne altre in seguito in luogo diverso dal Comune di Monte Sant'Angelo.

Art. 5 - Contenuti del Registro delle DAT

1. Il Registro informatico delle DAT è istituito dal Comune presso il Servizio di Stato Civile che provvede alla creazione di una banca dati con accesso protetto, limitato al dichiarante, al/ai fiduciario/i ed al medico di famiglia, se indicato, in coerenza con la finalità di rendere disponibili i relativi dati secondo quanto previsto dall'art. 8 del presente Regolamento.
2. Il Registro delle DAT contiene l'indicazione, numerata progressivamente sulla base della data e dell'ora di inserimento della DAT, dei seguenti dati:
 - a) Nome, Cognome e dati anagrafici relativi al soggetto che ha reso la DAT;
 - b) Luogo e Data in cui è resa la DAT;
 - c) Nome, Cognome e dati anagrafici relativi al/i fiduciario/i, indicati nella DAT.
 - d) Nome, Cognome e dati anagrafici relativi al medico di famiglia, qualora nominato nella DAT.
3. Il Servizio di Stato Civile istituisce l'archivio per la conservazione delle DAT che sarà tenuto in apposito armadio protetto da meccanismi di sicurezza per la conservazione dei dati sensibili.

Art. 6 – Redazione e Registrazione delle DAT

1. Le Dichiarazioni anticipate di Trattamento (DAT) sono redatte in forma scritta. L'interessato deve sottoscrivere la dichiarazione che deve essere controfirmata dal/i fiduciario/i per accettazione. È possibile la sottoscrizione per conoscenza del medico di famiglia.
2. Per mero scopo esemplificativo in allegato al presente regolamento rispettivamente con i numeri 1, 2, 3 e 4, vengono forniti tre moduli per facilitare la dichiarazione unitamente al glossario ed una nota illustrativa. Si precisa che la dichiarazione può comunque essere presentata secondo ogni altra dichiarazione in forma libera validamente resa.

3. Il cittadino dichiarante che voglia depositare la DAT deve presentarsi presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Monte Sant'Angelo, avendo precedentemente redatto la **Disposizione Anticipata di Trattamento** debitamente sottoscritta dal disponente ed eventualmente dal Fiduciario, portando con sé il proprio documento d'identità e la propria tessera sanitaria entrambi in corso di validità. Il dichiarante deve essere accompagnato dal proprio fiduciario e dall'eventuale fiduciario supplente.
4. L'originale della Disposizione Anticipata di Trattamento dovrà essere consegnata in apposita busta, accompagnata dall'istanza di consegna. La busta chiusa dovrà contenere, inoltre, una copia fotostatica di un valido documento di identità del disponente e del/dei fiduciario/i, ove nominati.
5. Il dichiarante, di fronte al funzionario del Comune, compila e sottoscrive la dichiarazione sostitutiva di atto notorio (un fac simile di modulo è allegato al presente regolamento con il numero 4) dalla quale si evince la sua consapevolezza delle conseguenze derivanti dall'iscrizione al registro delle DAT, il nominativo del soggetto/i presso cui sono depositate le DAT, il nominativo del soggetto/i fiduciario/i, nonché il nominativo dei soggetti autorizzati ad accedere al Registro, oltre a prestare l'eventuale consenso alla trasmissione di copia della DAT alla Banca Dati nazionale e al trattamento dei dati, nonché alla ricezione della notifica di avvenuta registrazione nella stessa BDN.
6. Il/i fiduciario/i presenti di fronte al funzionario del Comune compilano e sottoscrivono la dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale dichiarano di aver controfirmato la DAT resa dal dichiarante, oltre a prestare l'eventuale consenso al trattamento dei dati finalizzato alla annotazione nel registro comunale e al trattamento dei dati volto alla registrazione nella Banca Dati Nazionale.
7. Al dichiarante viene rilasciata una fotocopia della dichiarazione dell'atto notorio completa di numero e firma del funzionario del Comune come ricevuta di avvenuta consegna.
8. L'iscrizione nel registro non è soggetta ad alcun onere economico, fiscale e contributivo per il richiedente (imposta di bollo, tributi e tasse).
9. Le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare esclusivamente nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non consentano di predisporre DAT per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo.
10. Successivamente all'iscrizione delle DAT nel registro comunale, qualora il disponente presti il suo consenso, l'Ufficiale di Stato Civile provvede agli adempimenti relativi alla registrazione nella Banca Dati Nazionale, istituita presso il Ministero della Salute in attuazione in quanto previsto dall'art. 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, secondo quanto disposto dal Decreto del 10 dicembre 2019, n. 168 e relativa Circolare 2/2020 che definisce il funzionamento e i contenuti informativi della predetta Banca Dati, nonché le modalità di accesso alla stessa da parte dei soggetti legittimati ai sensi della normativa vigente.

Art.7 - Revoca, modifica, rinnovo delle DAT

1. Ai fini del presente regolamento, la DAT può essere in qualsiasi momento revocata o modificata dal dichiarante, e la sua revoca o modifica, così come la eventuale revoca o modifica dei fiduciari o del medico di famiglia, qualora indicati nella DAT, dovrà essere comunicata al Comune secondo le stesse modalità previste dall'art. 6 del presente regolamento per la sua presentazione. Resta inteso che ogni revoca o modifica della DAT da parte del dichiarante avrà effetto immediato per il dichiarante e per i medici che lo

avranno in cura e renderà non più valida la precedente versione della DAT.

2. Eventuali revoche della DAT, sempre ammesse secondo la volontà del dichiarante ma non comunicate al Comune, esimono l'Ente da ogni responsabilità.
3. La validità della DAT è illimitata, salva la possibilità di revoca e/o modifica di cui ai commi che precedono.
4. Nel caso di trasferimento di residenza in altro Comune, il disponente non deve spostare la DAT già depositata, né depositarne una nuova, a meno che non intenda modificare la disposizione, in quanto la copia delle DAT trasmessa alla Banca dati nazionale rimane registrata e disponibile per essere consultata da parte del medico che abbia in cura il disponente che si trovi in situazioni di incapacità di autodeterminarsi.

Art.8 - Modalità di accesso al Registro delle DAT

1. L'accesso al Registro delle DAT è consentito, oltre che al dichiarante, al/i fiduciario/i, e ad altri soggetti autorizzati dal Dichiarante nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio prevista al precedente articolo 6.
2. Per ottenere l'accesso al Registro il richiedente dovrà indicare i dati identificativi registrati nell'apposita sezione del Registro delle DAT.
3. La richiesta di accesso al Registro delle DAT sarà esente da qualsiasi onere economico, fiscale e contributivo per il richiedente.

Art. 9 – Norma finale

1. Il presente regolamento sarà oggetto di revisione obbligatoria qualora una disposizione di legge provvederà a regolamentare diversamente la materia.

Allegato "4" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle DAT)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

All'Ufficiale di Stato Civile
del Comune di Monte Sant'Angelo

Oggetto: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT (Art. 4, comma 6, L 22/12/2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Sesso M [] F [] CF _____

Nato/a a _____ (specificare anche lo Stato, se estero) il _____

Cittadino _____ residente a Monte Sant'Angelo in Via _____ n. _____

Pec/e-mail _____ tel/cell _____

Documento certificativo dell'identità _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

CHIEDE
quale Disponente

Di consegnare le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento e, a tal fine

D I C H I A R A

- 1) [] Di essere persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- 2) [] Di essere residente nel Comune di Monte Sant'Angelo;
- 3) [] di avere redatto e sottoscritto, nei modi di legge, un documento (Dichiarazione di volontà) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- 4) [] che il fiduciario è il/la Sig./ra _____ nato/a il _____ a _____, prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____ che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;
- 5) [] che l'originale del Testamento / Dichiarazione di volontà redatto è conservato presso _____ via _____ n. _____ città _____ n.tel/cell _____;
- 6) [] che il/i nominativo/i del/i soggetto/i fiduciario/i che vengono da me nominati e che avrà/avranno il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse

nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire, è/sono il/i seguente/i:

il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____,
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

(Supplente) il/la Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____
a _____, prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

- 7) [] che i soggetti autorizzati ad accedere al Registro relativamente alla posizione afferente il sottoscritto, sono, oltre che quelli legittimati da disposizioni di legge o regolamentari, esclusivamente i seguenti: (barrare l'alternativa prescelta)
- Soggetto/i fiduciario/i;
 - Medico curante;
 - Altri _____ soggetti _____ (specificare _____ quali)

_____;
- 8) [] di essere a conoscenza del regolamento comunale relativo alla tenuta del registro e alla conservazione delle dichiarazioni anticipate;
- 9) [] di essere consapevole che la cancellazione della mia posizione potrà avvenire solo per mia espressa Revoca.
- 10) [] 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;
- 11) [] di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento.
- 12) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso all'invio di copia della DAT alla Banca Dati nazionale.
- 13) [] di _____ (prestare/non prestare) consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati nazionale DAT.

Monte Sant'Angelo _____ (luogo e data)

Allega:

- Le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della propria tessera sanitaria in corso di validità.

IL DICHIARANTE

_____ (firma per esteso)

IL FIDUCIARIO _____ dichiara

Di accettare 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 come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento;

di accettare il trattamento dei dati finalizzato alla registrazione nella Banca Dati Nazionale _____ (firma per esteso del fiduciario)

IL FIDUCIARIO _____ dichiara

Di accettare 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 come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare il consenso al relativo trattamento;

di accettare il trattamento dei dati finalizzato alla registrazione nella Banca Dati Nazionale _____ (firma per esteso del fiduciario)

.....
RISERVATO ALL'UFFICIO

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraesesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal fiduciario _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro

Autentica di sottoscrizione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal fiduciario _____, identificato previa esibizione di valido documento di identità _____ n. _____, rilasciato il _____ da _____

Monte Sant'Angelo, _____

Ufficio di Stato Civile

Visto: il Funzionario ricevente Timbro

Allegato "1" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle DAT).

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Nel pieno rispetto dell'art. 13 della Costituzione, che stabilisce che non è ammessa nessuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge;

Nel pieno rispetto dell'art. 32 della Costituzione, che stabilisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, e prevede che nessuno possa essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, e comunque nel rispetto della persona umana;

Visto l'art. 9 della Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione di Oviedo) del 4 aprile 1997, ratificata con l. n. 14/2001, in cui si prevede che debbano essere presi in considerazione i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non sia in grado di esprimere la sua volontà;

Visto l'art. 38 del Codice di deontologia medica, adottato in data 18 maggio 2014 dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dove è stabilito che il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive ad un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizione di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali;

Viste le raccomandazioni bioetiche formulate nel documento avente oggetto le dichiarazioni anticipate di trattamento, elaborato dal Comitato nazionale per la bioetica, Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 18 dicembre 2003

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ prov.____
residente a _____ prov.____ indirizzo _____
Documento certificativo dell'identità _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____ Codice fiscale _____

Dichiaro

- di voler esercitare, con il presente documento, il mio diritto di autodeterminazione terapeutica anche per l'ipotesi in cui, per una qualsiasi causa (infortunio, evoluzione di una patologia invalidante o altro), dovessi divenire, temporaneamente o permanentemente, incapace di intendere e di volere, o mi dovessi trovare comunque nell'impossibilità di esprimere il mio consenso o il mio dissenso informato all'atto medico;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la portata, le finalità, la natura e la valenza di questo documento,

nonché circa le conseguenze che dalla redazione di questo documento potranno scaturire con riferimento alla mia persona;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato da personale medico, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la causa, la natura, la portata, e le conseguenze dei seguenti fenomeni (spuntare solo le patologie per le quali si è effettivamente ricevuta completa informazione):

- Accanimento diagnostico-terapeutico
- Alimentazione artificiale
- Idratazione artificiale
- Locked-in
- Sedazione
- Stato di minima coscienza
- Stato vegetativo persistente
- Stato vegetativo permanente
- Terapia antalgica
- Trattamento sanitario
- Ventilazione artificiale

In seguito a quanto sopra dichiarato, dopo ampia riflessione, nel pieno delle mie facoltà mentali, consapevole di quanto dichiarato e libero da costrizioni, per i casi in cui mi trovassi in una delle seguenti condizioni (spuntare solo le caselle di interesse):

- Stato vegetativo permanente
- Stato vegetativo persistente
- Stato di minima coscienza
- Locked-in

FORMULO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI (spuntare solo le caselle di interesse):

- Mi siano praticati trattamenti sanitari;
- In ogni caso non mi siano praticati trattamenti sanitari, ad eccezione di _____;
- Mi sia praticata ogni forma di ventilazione meccanica;
- Mi siano praticate forme di ventilazione meccanica non invasive;
- Mi siano praticate forme di ventilazione meccanica invasive, ad eccezione di _____;
- In ogni caso non mi sia praticata alcuna forma di ventilazione meccanica;

- Mi siano praticate l'idratazione e la nutrizione artificiale;
- In ogni caso non mi siano praticate l'idratazione e la nutrizione artificiale;
- In ogni caso mi sia praticata la sola _____.

Dispongo altresì:

Consapevole del fatto che la situazione clinica nella quale mi potrò venire concretamente a trovare potrebbe richiedere una successiva ed ulteriore valutazione

nomino

il/la Sig./Sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____,
 prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

e

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____,
 prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

quale soggetto/i legalmente autorizzato/i ad essere messo/i a conoscenza da parte del medico delle informazioni riguardanti il mio stato di salute, ad agire secondo le indicazioni contenute nella presente dichiarazione e a vigilare su tutto ciò che concerne le attività terapeutiche e di cura nei miei confronti prestate nei casi di cui sopra.

Rimetto inoltre allo/agli stesso/i il compito di vigilare sull'operato del medico che mi avrà in cura, e del collegio medico eventualmente chiamato ad esprimersi sulla presente Dichiarazione, i quali, nell'agire in scienza e coscienza, dovranno comunque tenere in considerazione le dichiarazioni contenute nel presente documento.

Dichiaro, altresì, che il mio medico curante è il dott. _____ con studio in _____, che è a perfetta conoscenza della presente dichiarazione/ che non è a conoscenza della presente dichiarazione.

Dichiaro, infine, di non aver reso altre DAT in un luogo diverso da quello apposto in calce alla presente.

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione e l'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n.196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Autorizzo l'invio di copia della DAT alla Banca Dati nazionale e presto il consenso alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati nazionale DAT.

Monte Sant'Angelo, li _____

In fede,

Firma del dichiarante

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra. _____ nato/a il _____ a
_____, prov. _____ residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

e

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra. _____ nato/a
il _____ a _____ prov. _____ residente
a _____ prov. _____ indirizzo _____

autorizzano il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione e
l'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento e nella
Banca Dati Nazionale, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196, Codice in materia di
protezione dei dati personali.

Monte Sant'Angelo, li _____

In fede,

Firma dei fiduciari

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a
il _____ a _____ prov. _____ residente
a _____ prov. _____ indirizzo _____

autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed
l'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento e nella
Banca Dati Nazionale, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di
protezione dei dati personali.

Monte Sant'Angelo, li _____

Per presa visione

Firma del medico di famiglia

Glossario

Accanimento diagnostico-terapeutico:

Sebbene sia, allo stato attuale, estremamente difficile fornire una definizione esatta e puntuale di accanimento terapeutico, l'art.16 del vigente codice di deontologia medica dispone che <<il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso comportamento finalizzato a provocare la morte.>>

Alimentazione artificiale:

Insieme di metodi che consentono la nutrizione di pazienti che, per ragioni varie, non sono in grado di assumere alimenti solidi e liquidi per la bocca.

Autodeterminazione terapeutica (diritto di):

Il diritto di autodeterminazione è sancito, a livello costituzionale, all'art.13 Cost., ove si prevede che <<la libertà personale è inviolabile>> e che non è ammessa nessuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. Il diritto di autodeterminazione terapeutica è, poi, più in particolare riconosciuto dall'art. 32, secondo comma, Cost., ove si stabilisce che <<nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge>>.

Tale diritto, infine, è ulteriormente specificato nel codice di deontologia medica all'art. 35 ed all'art. 38.

Esercitando il proprio diritto di autodeterminazione terapeutica, il paziente può decidere, in piena libertà ed autonomia, a quali interventi diagnostici e/o quali trattamenti sanitari sottoporsi o non sottoporsi, senza che la sua volontà possa essere disattesa da parte del personale medico.

Consenso informato:

Il principio del consenso informato è strettamente collegato al principio di autodeterminazione terapeutica: rilasciando il proprio consenso o il proprio dissenso informato all'atto medico, infatti, il paziente esercita il proprio diritto di autodeterminazione terapeutica.

Il consenso (ed il dissenso), per essere valido ed efficace, deve essere <<informato>>, ossia deve essere rilasciato dopo che il paziente ha ricevuto ampia, chiara e completa

informazione circa i vantaggi, gli svantaggi e, in generale, le conseguenze che l'accettazione o il rifiuto dell'intervento diagnostico e/o del trattamento sanitario potranno comportare.

Dichiarazione Anticipata di Trattamento:

Dichiarazione con la quale si esprime anticipatamente la propria volontà in ordine ai trattamenti sanitari ai quali si desidera o non si desidera essere sottoposti nel caso in cui, a causa di un infortunio o dell'evoluzione di una patologia invalidante, non sia più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato all'atto medico.

Idratazione artificiale:

Somministrazione di acqua ed elettroliti per vie artificiali atta ad impedire la disidratazione.

Locked-in:

In questa condizione il paziente è paralizzato ai quattro arti (tetraplegia), senza compromissione della coscienza e delle attività mentali: il paziente è, pertanto, vigile e cosciente, ma privo di mobilità, espressioni facciali e possibilità di vocalizzazione.

Sedazione:

Riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario.

Stato di minima coscienza:

Si distingue dallo stato vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza che, pur se apparentemente inconsistenti, sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da semplici comportamenti riflessi.

Stato vegetativo permanente:

Tale terminologia, oggi controversa, è stata proposta dalla Multi-Society Task Force nel 1994 ed indica il limite massimo delle possibilità di recupero delle persone che potrebbero emergere da uno stato vegetativo post-traumatico o post-anossico.

Il concetto di permanenza, applicato allo stato vegetativo, non ha, in ogni caso, valore di certezza, trattandosi pur sempre di una valutazione di tipo probabilistico.

Stato vegetativo persistente:

Il documento della Multi-Society Task Force del 1994 definiva lo stato vegetativo persistente come uno stato di incoscienza sveglia che duri più di alcune settimane.

Alcuni studiosi sconsigliano l'utilizzo dei termini <<persistente>> e <<permanente>> e consigliano di sostituirli con l'indicazione della durata della condizione.

Terapia del dolore:

Insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad approfondire i meccanismi patogenetici di forme morbose croniche così da scegliere le relative terapie farmacologiche,

chirurgiche, strumentali, psicologiche, riabilitative tra loro variamente integrate più adeguate per il controllo di tale sintomatologia. Nel caso della persona affetta da malattia inguaribile in fase avanzata e terminale, l'approccio della terapia del dolore si integra nell'insieme degli interventi di palliazione.

Trattamento sanitario:

È il complesso degli atti diagnostici e/o terapeutici che il medico applica per curare il paziente, previa corretta informazione sul trattamento da praticare, sugli eventuali rischi connessi e le eventuali alternative possibili, e acquisizione del consenso informato da parte del paziente stesso.

Valutazione medica artificiale:

Sistema di sostegno della funzionalità respiratoria, che mediante apposite apparecchiature (ventilatori) vicaria la respirazione autonoma in soggetti in cui essa risulta alterata, compromessa o artificialmente inibita.

La ventilazione meccanica artificiale può essere effettuata con modalità non invasiva (maschera facciale, ecc.) o con modalità invasiva (intubazione tracheale, tracheotomia).

Allegato “ 2” al Regolamento per l’istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle DAT).

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io _____ sottoscritta/o

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria.

CONSENSO INFORMATO (barrare la casella per esprimere la scelta)

Voglio NON voglio essere informata/o sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi Affetta/o da malattia grave e non guaribile

Voglio NON voglio essere informata/o sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie Autorizzo i medici curanti ad informare la seguente persona:

(cognome e nome) _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

DISPOSIZIONI GENERALI (barrare la casella per esprimere la scelta)

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che detti 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 iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile 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 iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi permanente con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi permanente con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici

DISPOSIZIONI PARTICOLARI (barrare la casella per esprimere la scelta)

Qualora io avessi una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

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 ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

Sia Non sia

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio.

Voglio NON voglio

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

Voglio NON voglio

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente.

Voglio NON voglio

essere

dializzata/o.

Voglio NON voglio

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

Voglio NON voglio

che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

Voglio NON voglio

che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mia/o rappresentante fiduciaria/o che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

(cognome _____ e _____ nome)

Natao/a il ____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

Nel caso in cui la/il mia/o rappresentante fiduciaria/o sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirla/o in questo compito (inserimento facoltativo)

(cognome _____ e _____ nome)

Nata/o il ____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

ASSISTENZA SPIRITUALE, PSICOLOGICA, UMANITARIA (barrare la casella per esprimere la scelta) Desidero

assistenza laica _____

assistenza religiosa _____

nessuna assistenza né contatti con personale che non siano medici/infermieri/inservienti Desidero

funerale civile _____

funerale religioso _____

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE (barrare la casella per esprimere la scelta)

Autorizzo Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.

Autorizzo Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo sia inumato cremato.

ALTRE DISPOSIZIONI

.....
...
.....
...
.....
...
.....
....

LA/IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento__ nr. __ rilasciato da_____ il_____

(luogo) _____(data)_____

In fede, per accettazione _____

LA/IL FIDUCIARIA/O

Documento di riconoscimento__ nr. _____ rilasciato da _____ il_____

(luogo) _____(data)_____

In fede, _____

LA/IL FIDUCIARIA/O SUPPLENTE

Documento di riconoscimento__ nr. _____ rilasciato da _____ il_____

(luogo) _____(data)_____

In fede, _____

Allegato “3” al Regolamento per l’istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle DAT).

Io, sottoscritto/a..... nato/a a.....
(prov) il residente a via
.....

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona, intendo con la presente esercitare in forma anticipata – ai sensi della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, resa esecutiva con la legge di autorizzazione alla ratifica 28 marzo 2001, n. 145, e in applicazione della sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 21748-07 - il diritto di autodeterminazione delle cure sanitarie sancito dall’art. 32 dalla Costituzione (“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”).

PREMESSO CHE

- intendo anzitutto riaffermare con questo documento, che deve essere considerato come una vera e propria dichiarazione di volontà, il mio diritto, in caso di malattia, di essere adeguatamente informato delle diverse possibilità di cura e di poter scegliere fra di esse e al caso anche di rifiutarle, nel rispetto dei miei principi, della Costituzione e delle scelte di seguito indicate;

- intendo inoltre che le dichiarazioni contenute in questo documento abbiano valore anche nell’ipotesi in cui in futuro mi accada di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai medici curanti sulle scelte da fare riguardo ai trattamenti sanitari proposti;

- a tali fini prevedo la nomina di un fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà e, se necessario, a sostituirsi a me in tutte le decisioni;

DICHIARO CHE

qualora io divenga incapace di intendere e di volere in modo permanente e fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, o da una malattia o lesione cerebrale invalidante e irreversibile:

1 - non voglio essere sottoposto ad alcun intervento chirurgico o trattamento terapeutico se il loro risultato fosse, a giudizio di due medici, dei quali uno specialista nominato da me o dal mio fiduciario:

- prolungamento del mio morire;
- mantenimento di uno stato d’incoscienza permanente;
- mantenimento di uno stato di demenza avanzata;

2 - egualmente in tali casi non voglio essere sottoposto ad interventi comunemente definiti “di sostegno vitale” quali, ad esempio, l’alimentazione, l’idratazione e la

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.

Gentile Signore/a,

il Ministero della salute, in qualità di titolare del trattamento dei dati da Lei forniti in relazione alla consegna, in qualità di disponente, delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), La informa di quanto segue:

1. **Finalità del Trattamento:** Scopo della Banca dati nazionale delle DAT¹ è quello di effettuare a livello nazionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della legge n.219 del 2017, e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurando la piena accessibilità delle stesse al disponente, all'eventuale fiduciario dallo stesso nominato e al medico che ha in cura il disponente incapace di autodeterminarsi.
2. **Tipologia dati:** all'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla banca dati nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:
 - a) i Suoi dati anagrafici e di contatto;
 - b) i dati anagrafici e di contatto del fiduciario, ove da Lei indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario;
 - c) il Suo consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca dati nazionale o, in caso Lei non voglia renderla disponibile nella banca dati nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;
 - d) la copia della Sua DAT, ove abbia prestato il consenso alla trasmissione.
3. **Trattamenti dati:** il Ministero della salute effettua, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 1 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati da Lei forniti: raccolta, conservazione, consultazione, elaborazione e diffusione esclusivamente in forma anonima e aggregata, cancellazione. I Suoi dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi del Ministero della salute.
4. **Soggetti abilitati ai suddetti trattamenti:** i dati personali da Lei forniti sono trattati esclusivamente da personale appositamente designato dal titolare del trattamento. Detto titolare potrà avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679. La consultazione dei Suoi dati nella banca dati nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), a Lei, al fiduciario da Lei indicato e ai medici che l'avranno in cura in caso di Sua incapacità ad autodeterminarsi.
5. **Trasmissione dei Dati:** il conferimento dei dati alla banca dati nazionale DAT, per le finalità di cui al punto 1, può avvenire per il tramite dei seguenti soggetti alimentanti, titolari del trattamento di raccolta, conservazione e trasmissione dei dati:
 - gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché e le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero;

¹ istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 e disciplinata dal decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019

- i notai e i Capi degli Uffici consolari italiani all'estero nell'esercizio delle funzioni notarili;
- i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.

Copia delle DAT depositate precedentemente al 1 febbraio 2020 sarà acquisita alla banca dati nazionale entro il 31 luglio 2020 in assenza di una esplicita contraria volontà espressa dal disponente.

6. **Conservazione dei dati:** i dati da Lei forniti saranno conservati all'interno della Banca dati nazionale delle DAT per i dieci anni successivi alla Sua morte.
7. **Diritti dell'interessato:** in ogni momento, Lei e il fiduciario da Lei nominato potrete esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
 - a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
 - b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
 - c) ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;
 - d) chiedere al Ministero della salute l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;
 - e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La informiamo che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede: *“Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - viale Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma”* o all'indirizzo mail: direzionesistemainformativo@sanita.it, ovvero tramite PEC a DGSI@postacert.sanita.it. Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: rpd@sanita.it .

Informativa resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nel Registro delle DAT

In adempimento agli obblighi di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, l'Amministrazione Comunale La informa che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari del Comune di Monte Sant'Angelo di cui alla deliberazione del Consiglio Comunale n. _____ del _____ e delle attività ad esso correlate e conseguenti;
- b) il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi e modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;
- c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali;
- d) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;
- e) i dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza ed i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge o regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante al punto 5) della dichiarazione che precede. I dati personali conferiti con la presente dichiarazione non saranno oggetto di diffusione;
- f) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 che di seguito integralmente si riporta (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune al quale è rivolta la dichiarazione, individuato nel Segretario Generale o di chi ne fa le veci g) la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel "Registro";
- g) il titolare del trattamento è il Comune di Monte Sant'Angelo, con sede in Piazza Roma, 2- 71037 Monte Sant'Angelo; il responsabile del trattamento per il Comune è il Responsabile del Settore Amministrativo.

Art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali;

- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.