



N° PAP-00301-2018

Si attesta che il presente atto è stato affisso all'Albo Pretorio on-line dal 10/04/2018 al 25/04/2018

L'incaricato della pubblicazione
RINO DI LEO

COMUNE DI POLLA
PROVINCIA DI SALERNO
DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE
N. 00004/2018 del 29/03/2018

OGGETTO:

APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO DEL REGISTRO PER LA RACCOLTA DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' DI TRATTAMENTI SANITARI E DI FINE VITA (DAT) "Testamento Biologico".

Il giorno 29/03/2018 alle ore 16.30 nella sala delle adunanze del Consiglio Comunale, in seconda convocazione straordinaria, sono stati convocati a seduta, a norma di legge, i Consiglieri comunali.

MASSIMO LOVISO
TERESA MARIA PASCALE
MARIA CITARELLA
GRACIANO DONATO ANTONIO VOCCA
FORTUNATO D'ARISTA

GIOVANNI CORLETO
GIUSEPPE CURCIO
ROSARIA SINFOROSA
RAFFAELE CAMMARDELLA
GIOVANNI RITORTO

PRESENTI	ASSENTI
P	
P	
P	
P	
P	
	A
	A
	A
	A
	A

Partecipa **BENEDETTO DI RONZA** - Segretario Comunale
Presiede **TERESA MARIA PASCALE** - Presidente del Consiglio

Verificato il numero legale, **TERESA MARIA PASCALE** - Presidente del Consiglio - invita a deliberare sulla proposta di deliberazione all'oggetto, sulla quale i responsabili dei servizi interessati hanno espresso i pareri, richiesti ai sensi dell'art. 49 del Decreto Legislativo 18/08/2000, n° 267.

Esito: Approvata con immediata esecutività

Su proposta del Responsabile dei Servizi Demografici

(Alle ore 16.35 si allontana il Consigliere Corleto – Pres. 6 Ass. 5)

Il Presidente del Consiglio Comunale, Dott.ssa Pascale, provvede ad illustrare il punto all'O.d.g., evidenziando come essa stessa abbia collaborato con gli uffici comunali al fine di pervenire alla stesura di questo Regolamento, che assume una rilevante importanza visto la delicatezza dell'argomento trattato, e che rappresenta un atto di civiltà, andando a riconoscere le volontà di una persona.

Esaurita la discussione, il Presidente invita il Consiglio a deliberare.

IL CONSIGLIO COMUNALE

VISTA la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante **“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”**;

VISTO in particolare l'art. 4 il quale al comma 1° prevede che **“ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie”** ed al comma 6° **“Le DAT devono essere redatte 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, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7.”**

VISTA la proposta di Regolamento del Registro per la raccolta delle Dichiarazioni Anticipate di Volontà di Trattamenti sanitari e di fine vita (c.d. “Testamento Biologico”) redatto dal Servizio Demografico costituito da n° 9 articoli;

RITENUTO doversi approvare detto Regolamento nel rispetto dei principi di autodeterminazione della persona sanciti dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,

Con la seguente votazione resa per alzata di mano:

Consiglieri presenti: 06 Consiglieri assenti: 05 (Cammardella, Corleto, Curcio, Ritorto, Sinfiorosa)

Consiglieri votanti: 06 Consiglieri astenuti: nessuno

Voti favorevoli: 06 Voti contrari: nessuno

DELIBERA

1. Di approvare il Regolamento comunale per la istituzione del Registro per la raccolta delle Dichiarazioni Anticipate di volontà di Trattamenti sanitari e di fine vita (DAT) costituito da n° 9 articoli e che allegato alla presente ne forma parte integrante e sostanziale.
2. Di dare mandato al Sindaco ed al Responsabile dei Servizi Demografici, ciascuno per le rispettive competenze, di porre in essere ogni atto successivo e consequenziale all'adozione del presente Regolamento.

Infine, in relazione all'urgenza, con separata votazione resa per alzata di mano:

Consiglieri presenti: 06 Consiglieri assenti: 05 (Cammardella, Corleto, Curcio, Ritorto, Sinforosa)

Consiglieri votanti: 06 Consiglieri astenuti: nessuno

Voti favorevoli: 06 Voti contrari: nessuno

DELIBERA

di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'articolo 134, comma 4, del T.U.E.L. 18 agosto 2000, n. 267.

**REGOLAMENTO
DEL
REGISTRO
PER LA RACCOLTA DELLE
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI
VOLONTÁ DI TRATTAMENTI
SANITARI E DI FINE VITA (DAT)
*“Testamento Biologico”***

INDICE

ART. 1 ISTITUZIONE DEL REGISTRO

ART. 2 DEFINIZIONE

ART. 3 MODALITA' DI ISCRIZIONE

ART. 4 MODALITA' DI TENUTA DEL REGISTRO

ART. 5 - ACCESSIBILITA' DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL REGISTRO

ART. 6 - APERTURA DELLE BUSTE CONTENENTI LE D.A.T.

ART. 7 - TUTELA DATI PERSONALI

ART. 8 - PUBBLICIZZAZIONE ED INFORMAZIONE

ART. 9 - ENTRATA IN VIGORE

ART. 1 - ISTITUZIONE DEL REGISTRO

Il Comune di Polla, nell'ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto anche in riferimento alla fase terminale della vita umana. A tal fine istituisce il **REGISTRO PER LA RACCOLTA DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTÀ DI TRATTAMENTI SANITARI E DI FINE VITA (D.A.T)** , presso l'Ufficio Servizi Demografici.

L'anticipata disposizione futura, raccolta e conservata attraverso l'istituto del Registro consente di attuare quel sistema di tutela espresso sul piano del diritto sostanziale dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione.

ART. 2 - DEFINIZIONE

Con l'espressione Dichiarazione Anticipata di volontà di Trattamento o "*Testamento Biologico*" si fa riferimento ad un documento scritto, contenente la manifestazione di volontà, sottoscritto dalla persona che indica i trattamenti medici cui essere o non essere sottoposta, in caso di malattie o traumatismi cerebrali che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile.

La persona che lo redige nomina uno o più fiduciari, persone maggiorenni e capaci di intendere e di volere, che divengono, nel caso in cui la persona diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, i soggetti chiamati a dare fedele espressione della volontà della stessa per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da seguire.

Nel Testamento Biologico la persona può descrivere le sue volontà anche per quanto riguarda il fine vita: la donazione degli organi, le funzioni religiose ed il rito funerario, la cremazione o la inumazione del proprio corpo.

ART. 3- MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione al Registro può essere richiesta da tutti i cittadini, maggiorenni e capaci di intendere e di volere, residenti nel Comune di Polla ed ha come finalità di consentire l'iscrizione nominativa e numerata, mediante istanza con dichiarazione sostitutiva di notorietà, di tutti i cittadini che hanno redatto una Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.).

Lo schema di dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, sarà disponibile presso l'Ufficio Servizi Demografici nonché reperibile anche sul sito internet del Comune. La dichiarazione anticipata di trattamento va redatta utilizzando esclusivamente il modello predisposto dal Consiglio Comunale e deve essere debitamente compilata dal Dichiarante.

Per richiedere l'iscrizione nel Registro il dichiarante ed i fiduciari dovranno recarsi presso l'Ufficio Servizi Demografici e davanti al funzionario ricevente dovranno compilare le relative dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, firmando davanti allo stesso che provvederà all'autenticazione della firma medesima previa identificazione dei firmatari.

Il dichiarante provvederà quindi a consegnare direttamente al funzionario ricevente la propria dichiarazione in busta chiusa, avendone redatto e conservato una copia per sé e una per ogni fiduciario nominato. All'interno della busta dovranno essere inserite le fotocopie dei documenti di identità in corso di validità del dichiarante e dei fiduciari. Le buste debitamente sigillate sono depositate e conservate presso l'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla.

In alternativa, la D.A.T. può essere depositata presso un notaio; in tal caso il dichiarante, recatosi presso l'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla, darà comunicazione di tale deposito ed indicherà il nominativo del notaio rogante e del fiduciario designato.

Qualora il cittadino dichiarante che intende presentare Dichiarazione Anticipata di Volontà al Trattamento Sanitario sia impossibilitato per cause fisiche a sottoscrivere il documento, potrà dichiarare la propria volontà all'incaricato del Comune il quale attesterà che la dichiarazione è stata resa in sua presenza, in forma diretta, attraverso ausili multimediali o anche tramite un interprete specializzato iscritto agli appositi albi, messo a disposizione dal Comune.

Nella medesima istanza l'interessato dichiara di aver nominato uno o più fiduciari, con lo specifico compito di informare gli Organismi Sanitari, l'Autorità giudiziaria, se ricorre il caso, ed il Comune, del verificarsi delle condizioni che rendono necessario utilizzare la D.A.T.

ART. 4- MODALITA' DI TENUTA DEL REGISTRO -

Il venir meno della residenza nel Comune di Polla comporta, trascorsi 5 anni, la cancellazione dal Registro e la distruzione della busta contenente la D.A.T.

L'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla cura la tenuta del Registro sia su supporto cartaceo che informatico, secondo modalità e criteri determinati dal Responsabile del Servizio.

L'istanza-dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con la quale viene dato atto di aver compilato e sottoscritto una Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) avrà un numero progressivo e verrà annotata sul Registro. L'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla provvede ad assumere l'istanza al Protocollo generale dell'Ente. All'istanza-dichiarazione e alla busta allegata contenente la D.A.T. vengono attribuite

lo stesso numero annotato sul Registro. Sul Registro verranno altresì annotati i nominativi dei fiduciari.

Al Dichiarante e ai Fiduciari viene rilasciata una copia della dichiarazione di atto di notorietà quale ricevuta di avvenuta consegna.

Il Responsabile Comunale deve dare comunicazione dell'avvenuta registrazione al Medico di Medicina di base del Dichiarante.

Il dichiarante può revocare in qualunque momento la Dichiarazione Anticipata di Trattamento. La revoca comporta la restituzione della busta contenente la D.A.T., con conseguente annotazione sul Registro. Il Responsabile dell'Anagrafe deve darne comunicazione al medico di base.

Il dichiarante può modificare la dichiarazione resa, mediante la consegna di un'altra dichiarazione in busta chiusa e la revoca della precedente, con le stesse modalità previste per l'iscrizione. Per modifica si intende ad esempio la sostituzione dei nominativi del Fiduciario e del Supplente Fiduciario ovvero l'integrazione o cambiamento delle proprie volontà.

La revoca della dichiarazione non comporta nessun obbligo per l'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla di comunicazione ai fiduciari: tale adempimento rimane a carico e a discrezione del dichiarante.

La richiesta di ritiro o modifica della Dichiarazione Anticipata di Trattamento verrà protocollata ed il Responsabile dell'Anagrafe prenderà appuntamento con il Dichiarante per procedere alla riconsegna della "busta chiusa", annotando sul Registro l'avvenuto ritiro o sostituzione.

Il dipendente incaricato dell'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Polla che accetta l'istanza, non conosce il contenuto della D.A.T., depositata e conservata in busta chiusa, che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti della dichiarazione stessa.

La "busta chiusa" e la dichiarazione di atto di notorietà in egual modo numerate, vengono archiviate dal Responsabile dell'Ufficio Anagrafe all'interno di una cassaforte del Comune.

Le buste contenenti le dichiarazioni di volontà verranno distrutte dopo sei mesi dall'avvenuta conoscenza della morte del dichiarante.

ART. 5 - ACCESSIBILITA' DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL REGISTRO

Il Funzionario Responsabile dell'Ufficio Comunale consentirà l'accesso alle informazioni contenute nel Registro ed alla documentazione collegata, dietro presentazione di richiesta scritta motivata inoltrata dagli interessati legittimati in sede di presentazione della dichiarazione, per i fini consentiti dalla legge e dalla normativa comunale nonché

nel rispetto della legislazione vigente in tema di diritto di accesso e di protezione dei dati personali.

Il richiedente/interessato legittimato ricevente la documentazione provvederà a rilasciare opportuna ricevuta degli atti acquisiti.

ART. 6 - APERTURA DELLE BUSTE

“Apertura” delle volontà per trattamenti medici

a) Nel caso in cui si debbano far valere le volontà espresse dal Dichiarante nella Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Fiduciario è tenuto:

- a fare richiesta di appuntamento per il ritiro del Testamento Biologico depositato dal Dichiarante;

- a presentarsi alla convocazione accompagnato dal Medico di Base del Dichiarante, per dare espressione alle disposizioni, a garanzia del rispetto delle volontà.

b) Su convocazione, il Fiduciario insieme al Medico di base del Dichiarante o in caso di sua indisponibilità o impedimento da un Medico incaricato a sostituirlo, di fronte al Responsabile dell'Ufficio Anagrafe, dopo aver dichiarato sotto la sua responsabilità che il Dichiarante è in uno stato che ne determina la perdita di coscienza e di autodeterminazione, procedono all'apertura della “busta chiusa” e dietro sottoscrizione al ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento; il Responsabile dell'Anagrafe trascrive sul Registro l'avvenuto ritiro.

“Apertura” delle volontà per fine vita

a) Nel caso in cui si debbano far valere le volontà espresse dal Dichiarante nella Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Fiduciario è tenuto:

- a fare richiesta di appuntamento per il ritiro del Testamento Biologico depositato dal Dichiarante,

- a presentarsi alla convocazione per dare espressione alle disposizioni, a garanzia del rispetto delle volontà.

b) Su convocazione, il Fiduciario, di fronte al Responsabile dell'Ufficio Anagrafe, dopo aver dichiarato sotto la sua responsabilità che il Dichiarante è in uno stato che ne determina la perdita di coscienza e di autodeterminazione, procede all'apertura della “busta chiusa” e dietro sottoscrizione al ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento; il Responsabile comunale trascrive sul Registro l'avvenuto ritiro.

La busta può altresì essere consegnata o inviata all'Autorità giudiziaria o agli Organismi Sanitari su esplicita e motivata richiesta di queste ultime. La consegna della busta va annotata sul Registro.

ART. 7 - TUTELA DATI PERSONALI

Il Comune di Polla garantisce, nelle forme ritenute più idonee, che il trattamento dei dati in suo possesso, si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali".

ART. 8 - PUBBLICIZZAZIONE ED INFORMAZIONE

L'Amministrazione comunale si attiva affinché le disposizioni del presente Regolamento siano pubblicizzate in tutto il territorio, nelle forme ritenute più opportune.

ART. 9 - ENTRATA IN VIGORE

Il Presente Regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione ed è reso pubblico mediante affissione di appositi avvisi all'albo pretorio comunale e nei consueti luoghi pubblici di affissione.

Il presente regolamento viene pubblicato, altresì, sul sito internet del comune, unitamente alla modulistica.

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI E DI FINE VITA

Compilazione del modulo.

•Si consiglia di compilare il modulo con calma, prendendo tutto il tempo necessario a riflettere sulle domande che vengono poste. Si suggerisce inoltre di consultare il proprio medico di base per avere tutte le informazioni necessarie ad indicare nel formulario la propria autodeterminazione.

•Il fiduciario nominato deve essere una persona che sappia interpretare il volere dell'interessato di fronte a situazioni mediche di vario tipo, che rispetti i bisogni, preferenze, aspirazioni, convinzioni e di quanto caratterizza ed esprime l'identità personale del Dichiarante.

•Il formulario deve essere compilato in tutte le sue parti, barrando solo una libera scelta per ogni condizione, inoltre, nelle indicazioni aggiuntive aperte scrivere in forma leggibile. Se tale spazio non viene impiegato va obbligatoriamente e visibilmente cassato in maniera da impedire aggiunte successive all'apertura.

• I fiduciari non devono firmare questo modulo.

•E' fatto obbligo allegare al presente modulo copia dei documenti d'identità validi del Dichiarante, Fiduciario e Supplente Fiduciario.

A) DATI ANAGRAFICI (dichiarante)

Io sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità n. _____ C.F. _____

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

B) CONSENSO INFORMATO

1. Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto _____ da malattia grave e non curabile.

Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non curabile

2. 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 la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Non voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

4. Non autorizzo i medici curanti ad informare persone

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti
persone: _____

C) 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:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero e senza possibilità di recupero.
2. 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.
3. 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.

D) 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) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1. Voglio Non voglio *che siano intrapresi tutti i provvedimenti 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.*
2. Voglio Non voglio *che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.*

3. Voglio Non voglio essere *idratato o nutrito artificialmente*.
4. Voglio Non voglio essere *dializzato*.
5. Voglio Non voglio *che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza*.
6. Voglio Non voglio *che mi siano praticate trasfusioni di sangue*.
7. Voglio Non voglio *che mi siano somministrate terapie antibiotiche*.
8. Altre disposizioni personali (non possono essere rifiutate misure di assistenza e accudimento indispensabili alla tutela della dignità della persona, come a titolo di esempio la pulizia e la prevenzione e cura delle piaghe)

E) NOMINA DEL FIDUCIARI

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 la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità _____ C.F. _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo (**fiduciario supplente**) in questo compito la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità _____ C.F. _____

F) ASSISTENZA RELIGIOSA

1. Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: _____
2. Non desidero assistenza religiosa.
3. Desidero _____

Non desidero un funerale.

4. Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.

Desidero un funerale non religioso.

G) DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. Autorizzo Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.

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

3. Dispongo che il mio corpo sia inumato. Non dispongo che il mio corpo sia inumato.

4. Dispongo che il mio corpo sia cremato. Non dispongo che il mio corpo sia cremato.

In fede,

.....
firma del dichiarante

Polla,/...../.....

Dati anagrafici del pubblico ufficiale che raccoglie l'eventuale dichiarazione di volontà del dichiarante impossibilitato da cause fisiche a sottoscrivere il documento (come previsto dall'art. 6 comma f bis regolamento registro delle dichiarazioni anticipate di volontà di trattamenti sanitari e di fine vita "DAT" testamento biologico):

Nome/cognome _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

dipendente del Comune di Polla con funzioni di _____

Documento di identità n. _____ C.F. _____

Firma



COMUNE DI POLLA

Parere Tecnico Responsabile del Procedimento
per la Proposta di Delibera N° 00014/2018 del 27/03/2018.

Avente oggetto:

APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO DEL REGISTRO PER LA RACCOLTA DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' DI TRATTAMENTI SANITARI E DI FINE VITA (DAT) "Testamento Biologico".

Il Dirigente del Settore POLLA_AREA_AMMINISTRATIVA esprime parere: Favorevole

POLLA, 27/03/2018

Letto, confermato e sottoscritto.

Del che si è redatto il presente verbale a cura del Segretario Comunale BENEDETTO DI RONZA che attesta autenticità a mezzo sottoscrizione con firma digitale:

Presidente del Consiglio
TERESA MARIA PASCALE

Segretario Comunale
BENEDETTO DI RONZA

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione, viene affissa in pubblicazione all'Albo Pretorio ai sensi dell'articolo 124, comma 1, del d.lgs 267/2000 per 15 giorni consecutivi.

Polla, 09/04/2018

ATTESTAZIONE DI ESECUTIVITA'

Visti gli atti d'ufficio si attesta che la presente deliberazione:

- E' divenuta esecutiva il giorno 29/03/2018, essendo stata dichiarata immediatamente eseguibile (Art 134, comma 4, D.Lsg. 267/2000)

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il Sottoscritto

in qualita' di

attesta che la presente copia cartacea della Deliberazione n° DEL 00004/2018 e' conforme al documento informatico originale firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs N° 82/2005.

Polla, li _____

Firma e Timbro dell'Ufficio

N.B. Da compilare a cura del Soggetto Autorizzato.