

IL BIOTESTAMENTO - DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**(DAT)****PROSPETTIVE DI EVOLUZIONE****APPUNTI****Contesto giuridico anteriore alla nuova disciplina delle DAT.**

Contrariamente a quel che si pensa, prima della legge 219/2017 non vi era un vuoto normativo in materia, basti pensare:

✓ L'art. 32 Cost. riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale della persona (oltre che interesse generale della collettività), ed al comma 2 dispone che nessuno può essere sottoposto a trattamenti sanitari obbligatori, se non in forza di legge.

✓ La Corte costituzionale con sentenza n.438 del 23 dicembre 2008 ha evidenziato l'esistenza di un principio di autodeterminazione della persona nelle scelte terapeutiche, che trova il proprio fondamento in svariate disposizioni costituzionali: nell'art. 2, che riconosce i diritti inviolabili dell'uomo; nell'art. 13, che sancisce l'inviolabilità della libertà personale; nell'art. 32, in ragione del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

✓ L'art. 408, comma 1, c.c., in tema di Amministrazione di sostegno prevede che «L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata», e la giurisprudenza ha riconosciuto che possano essere demandate allo stesso amministratore di sostegno anche le scelte sui trattamenti sanitari da effettuarsi nei confronti del beneficiario.

✓ L'art. 1, commi 40 e 41, della legge 20 maggio 2016, n. 76, in materia di regolamentazione delle unioni civili prevede che: "Ciascun convivente di fatto può designare l'altro quale suo rappresentante con poteri pieni o limitati:

a) in caso di malattia che comporta incapacità di intendere e di volere, per le decisioni in materia di salute;

b) in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie.

41. La designazione di cui al comma 40 è effettuata in forma scritta e autografa oppure, in caso di impossibilità di redigerla, alla presenza di un testimone.

La stessa giurisprudenza, inoltre, ha ritenuto rilevante la volontà del paziente riguardo al rifiuto di trattamenti sanitari di alimentazione artificiale, attribuendo rilievo interpretativo alle disposizioni della Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo sulla biomedicina fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, resa esecutiva con la legge 28 marzo 2001 n. 145, non ancora ratificata dallo Stato italiano, il cui art. 5 dispone che «un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato un consenso libero ed informato»; mentre l'art. 6 stabilisce che «Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge»; e l'art. 9 statuisce che «I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione».

Posizione sostanzialmente condivisa dalla Corte europea dei diritti dell'uomo.

IL Testamento Biologico. Consenso informato e diritto di rifiutare i trattamenti sanitari.

Il 31 gennaio scorso sono entrate in vigore le disposizioni in materia di **testamento biologico**, approvate con la **Legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"**, (testo pubblicato sulla G.U. del 16 gennaio 2018 n.12).

Nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, a tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, la legge ha normato il principio per cui nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge (**art. 1, comma 1**).

La legge ha dunque istituito il diritto al "consenso informato", disciplinandone le modalità di espressione e di revoca, nonché le condizioni e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), al fine di disciplinare la possibilità dell'individuo di dichiarare il proprio orientamento sul c.d. "fine vita", nel caso in cui sopravvenga un'incapacità di intendere e di volere.

Propedeutico al diritto al consenso informato è il diritto all'informazione, completa e comprensibile, che ogni persona ha di

conoscere le proprie condizioni di salute su diagnosi, prognosi, rischi e benefici del trattamento sanitario, nonché conseguenze per il caso di rifiuto al trattamento stesso (**art. 1, comma 3**); può, di contro, rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.

Corollario del diritto al consenso informato è il diritto al rifiuto di qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico (**art. 1, comma 5**).

Il consenso informato può essere espresso in forma scritta e deve essere inserito all'interno della cartella clinica, anche se è prevista la possibilità di esprimere tale consenso mediante videoregistrazione o altre apparecchiature elettroniche di comunicazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare (**art. 1, comma 4**).

Il consenso informato può essere sempre revocato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, e viene stabilito il principio secondo cui ogni persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso.

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.

Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali (**art. 1, comma 6**). Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine od imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati (**art. 2, comma 2**).

Nel caso di minori (**art. 3**) il consenso informato è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità (**art. 3, comma 2**); mentre per l'interdetto il consenso è espresso o rifiutato dal tutore sentito l'interdetto, sempre nel rispetto della dignità della persona (**art. 3, comma 3**). Relativamente a persona inabilitata il consenso informato è espresso dalla medesima persona

inabilitata. Il consenso può essere espresso o rifiutato anche da parte dell'amministratore di sostegno, ove nominato, tenuto conto della volontà del beneficiato.

Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere (**art. 3, comma 4**).

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria (**art. 3, comma 5**).

Autentica novità della legge: le DAT

L'art. 4 si occupa delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), ovvero gli atti in cui qualsiasi persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle sue scelte, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonchè il consenso o il rifiuto rispetto:

1. a specifici accertamenti diagnostici
2. o a scelte terapeutiche
3. o a singoli trattamenti sanitari o possa indicare una persona di sua fiducia (fiduciario) che lo rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie.

Presupposti delle DAT:	in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi (la persona interessata può non essere affetta da alcuna patologia nel momento in cui redige le DAT)
	previo consenso informato (che in linea di principio deve essere documentato in forma

	scritta, e da allegare alle DAT). Deve pertanto ritenersi che il notaio non possa ricevere o autenticare un atto contenente DAT in assenza del consenso informato, che appare opportuno menzionare in atto ed allegare (anche in copia);
--	--

Requisiti:	A) - soggettivi: maggiore età e la capacità di intendere e di volere;
	B) - oggettivi: le DAT contengono: ** l'espressione della volontà in materia di trattamenti sanitari; ** l'espressione del consenso o del rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari; ** l'eventuale indicazione di una persona di fiducia, "fiduciario", che faccia le veci del disponente e lo rappresenti nei rapporti con il medico e con le strutture sanitarie.

Forma: A norma dell'art. 4, comma 6, le DAT devono essere redatte:	- per atto pubblico o per scrittura privata autenticata;
	- per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7;
	- nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che

	consentano alla persona con disabilità di comunicare;
Revoca:	- con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento; a tal fine non è richiesta la medesima forma, ossia le DAT perfezionate per atto pubblico potrebbero essere revocate o modificate con scrittura privata;
	- in casi di emergenza e urgenza che impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni;
REGIME FISCALE: A norma dell'art. 4, comma 6,	le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa (ivi inclusa la tassa d'archivio), così come ogni atto strumentale all'attuazione delle DAT: in particolare, anche l'atto di accettazione del fiduciario.
Effetti e limiti di vincolatività delle DAT	<p>A norma dell'art. 1, comma 6 «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».</p> <p>A norma dell'art. 4 comma 1, 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</p>

delle sue scelte, può, attraverso le DAT, 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: fra questi ultimi sono compresi – e possono quindi costituire oggetto di rifiuto tramite le DAT – anche la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici» (**art. 1, comma 5**). Ne consegue che tramite le DAT può essere veicolata nei modi suddetti anche una scelta «di fine vita», nella forma dell'eutanasia passiva. Mentre, per contro, è contraria alla legge la c.d. eutanasia attiva, ossia la somministrazione di farmaci o rimedi di qualsiasi genere finalizzati a procurare la morte.

A norma dell'**art. 4, comma 5**, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse:

appaiano palesemente incongrue;

appaiano non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente;

sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita;

d'altra parte, a norma dell'**art. 2, comma 1**, il medico deve comunque adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico; a tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina

	<p>generale e l'erogazione delle cure palliative. Inoltre, a norma dell'art. 2 comma 2, nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.</p> <p>Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3, e quindi la decisione è rimessa al giudice tutelare (art. 4, comma 5). In definitiva, per disattendere le DAT, in presenza dei presupposti, è necessario o l'accordo tra medico e fiduciario, ovvero una decisione del giudice tutelare.</p>
--	---

Il notaio è senz'altro obbligato a ricevere o autenticare sottoscrizioni dell'atto contenente le DAT, a norma dell'art. 27 legge not.

L'atto notarile contenente le DAT deve essere normalmente annotato a repertorio (quale atto di valore indeterminabile). Nei casi in cui le DAT siano perfezionate con scrittura privata autenticata, quest'ultima non deve essere obbligatoriamente conservata, stante la tassatività dei casi in cui tale conservazione è obbligatoria a norma dell'art. 72 L. not. Tale conservazione è però opportuna, anche se in conseguenza di essa chiunque può chiedere copia autentica dell'atto contenente le DAT (art. 743 c.p.c.).

La legge non prevede espressamente alcun requisito formale per l'accettazione da parte del fiduciario (se perfezionata con atto separato): certamente, però, deve ritenersi idonea la forma scritta. Quanto alla registrazione, la legge la impone soltanto ove le DAT (redatte per scrittura privata non autenticata) siano consegnate all'ufficiale di stato civile; non è invece attualmente prevista come obbligatoria- salvo ciò che verrà previsto dalle norme di attuazione dell'istituenda banca dati

presso il Ministero della salute –per le DAT redatte in forma autentica, né per quelle consegnate alla struttura sanitaria. Nessuna forma di registrazione o conservazione è prevista neanche nei casi di documentazione, in caso di necessità, mediante videoregistrazione o altri speciali dispositivi.

FIDUCIARIO.

A norma dell'art. 4, comma 2, "il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere". La legge non specifica se la qualità di persona maggiorenne e capace di intendere e volere debba sussistere al momento del perfezionamento delle DAT, ovvero all'atto del trattamento sanitario: sembra opportuno, per ora, attenersi alla prima lettura.

La figura del fiduciario appare riconducibile a quella di titolare di un ufficio di diritto privato più che ad un mandatario, conseguentemente non si applicano le norme che dispongono la cessazione del mandato in caso di sopravvenuta incapacità del mandante (essendo, all'opposto, funzione delle DAT e del correlato incarico fiduciario quello di divenire operative proprio quando dovesse venir meno la situazione di capacità).

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. "Allegazione" in senso atecnico specie qualora la DAT sia contenuta in un atto notarile e l'accettazione sia successiva alle DAT.

La legge non prevede limiti temporali per l'accettazione da parte del fiduciario, che potrà avvenire in qualsiasi momento prima del compimento del trattamento sanitario.

Alla luce della ratio della norma e dell'opportunità di assicurare comunque l'esecuzione delle DAT, deve comunque ritenersi, sotto il profilo civilistico, che le DAT e l'accettazione del fiduciario non configurino una fattispecie contrattuale: ma si tratti di negozio unilaterale non recettizio. Di talchè l'accettazione del fiduciario possa intervenire anche successivamente all'eventuale stato di incapacità legale del disponente. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT.

Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

Ai sensi dell'art. 4, comma 3, 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. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia

divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente.

Stante la possibilità della mancata accettazione, rinuncia, premorienza del fiduciario rispetto al momento in cui le DAT devono produrre effetto, è possibile che vengano nominati più fiduciari, ovvero che venga, nominato un ulteriore fiduciario per l'eventualità in cui il primo nominato non possa o non voglia accettare. In caso di necessità (che può realizzarsi, ad esempio, in caso di mancata indicazione del fiduciario, ovvero di sua rinuncia o morte), il giudice tutelare provvede a nominare un amministratore di sostegno (**art. 4, comma 4**).

L'art. 5 prevede la possibilità di definizione di una pianificazione delle cure condivisa tra medico e paziente, alla quale il sanitario è tenuto ad attenersi nel caso in cui il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso.

A norma dell'**art. 5, comma 4**, il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui all'**art. 5, comma 3** (ai fini della pianificazione condivisa delle cure), sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

Per quanto su esposto sono individuabili una serie di contenuti illeciti delle DAT:

** la rinuncia preventiva da parte della persona interessata a rifiutare qualsiasi trattamento sanitario o la relativa continuazione, ovvero l'obbligo assunto dalla stessa di ritenersi vincolata alle decisioni del medico o del fiduciario senza poter rifiutare, o ancora la rinuncia al potere di revocare il consenso prestato;

** qualsiasi clausola che privi il medico della propria autonomia professionale;

** qualsiasi clausola con cui si attribuisca rilievo esclusivo alla decisione dei familiari, della parte dell'unione civile, del convivente o del fiduciario;

** qualsiasi clausola con cui la persona interessata rinunci al diritto di rifiutare di ricevere le informazioni sulle proprie condizioni di salute, sulla prognosi e sugli altri aspetti rilevanti;

** la clausola con cui si imponga una forma vincolata (es. atto pubblico) al consenso informato;

** la clausola con cui si imponga al medico c.d. suicidio assistito, o eutanasia attiva, ed in genere ogni clausola con cui si obblighi il medico a porre in essere atti contrastanti con la deontologia professionale e le buone pratiche clinico-assistenziali;

*** la clausola con cui, trattandosi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, si obblighi il medico a proseguire comunque le cure anche se esse implicano ostinazione irragionevole e anche se si tratti di trattamenti inutili o sproporzionati.*

Disciplina transitoria.

A norma dell'art. 6, ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della legge in oggetto, si applicano le disposizioni della medesima legge (requisiti soggettivi ed oggettivi, contenuto, forma, limiti di vincolatività e regime fiscale).

Pubblicità e Banche dati delle DAT.

L'art. 1, commi 418 e 419 della legge 205/2017 ha istituito presso il Ministero della salute una banca dati destinata alla registrazione delle DAT.

La legge demanda la disciplina della suddetta banca dati all'emanazione di un decreto ministeriale.

Entro centottanta giorni dal 1° gennaio 2018, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le modalità di registrazione delle DAT presso la banca dati in oggetto, ciò al fine di regolare il proliferare di iniziative dei singoli Comuni e Regioni nell'istituzione di registri finalizzati a raccogliere le disposizioni anticipate di trattamento.

Si tratterà di stabilire in primis l'obbligatorietà o facoltatività della registrazione, le relative finalità, la destinazione delle informazioni così raccolte (che dovrà essere compatibile con il diritto alla riservatezza dei disponenti, considerato che si tratta di dati sanitari sensibili), nonché l'efficacia dell'avvenuta registrazione.

In applicazione dei principi costituzionali e legislativi che regolano la materia, deve ritenersi che la banca dati dovrà essere prioritariamente finalizzata ad assicurare la conservazione e la reperibilità delle DAT ad opera sia dei diretti interessati, sia dei loro familiari e fiduciari, sia del personale medico incaricato dei trattamenti sanitari.

L'esigenza di riservatezza esclude che l'istituenda banca dati possa avere una funzione pubblicitaria.

D'altra parte, l'esigenza di salvaguardare per quanto possibile la volontà degli interessati porta ad escludere che possa subordinarsi l'efficacia delle DAT alla registrazione nella banca dati.

A norma dell'art. 4, comma 7, le regioni possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di Copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

La disposizione deve essere evidentemente coordinata - in sede attuativa - con le previsioni dell'art. 1, commi 418 e 419, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

Il Notariato ha una Banca Dati a livello nazionale senza costi per lo Stato: un registro sussidiario in rete dove ciascun Notaio che abbia raccolto le DAT possa indicare: il nome del disponente; la data delle DAT; eventualmente il nome del fiduciario.

Bibliografia

Sulla nuova disciplina delle DAT, cfr. CONSIGLIO NAZIONALE DEL NOTARIATO, Disposizioni anticipate di trattamento, prime indicazioni, in CNN Notizie del 5 marzo 2018; PETRELLI, DAT in Rassegna delle recenti novità normative di interesse notarile, Primo Semestre 2018 p.52-64 ; TORRONI, Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento: un rapporto essenziale ma difficile, in Riv. not., 2018, p. 433; CONSIGLIO NOTARILE DI MILANO, Dai fatte prima del 31 gennaio 2018: che succede? (6 febbraio 2018), in met v.federnotizie.it; CARLSI, La legge «sul biotestamento»: una luce e molte ombre, in Corriere giur., 2018, p. 293; CANESTRARI, Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: una «buona legge buona», in Corriere giur., 2018, p. 301; ZATTI, Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT, in Nuova giur. civ., 2018, p. 247; ROMANO, Legge in materia di disposizioni anticipate di trattamento: l'ultrattività del volere e il ruolo del notaio, in Notariato, 2018, p. 15; BERTOLONE, Testamento, orientamento, dichiarazioni ... non soltanto etichette, in Vita not., 2018, p. 133; FELIS, Gli atti di disposizione del proprio corpo e D.A. T. Testamento biologico. Limiti e condizioni, in Vita noi., 2018, p. 145; LOPS, Il «testamento biologico»: diritti civili tra autonomia privata e gittridieità, in Vita rtot., 2018, p. 173; MEZZANOTTE, Disposizioni per la «fine della vita umana» (nell'art. 1, cc. 40 e 41, l. 76/2016), in Liber amicorum Pietro Rescigno in occasione del novantesimo compleanno, 11, Napoli 2018, p. 1323; FERRANDO, Rapporto di cura e disposizioni anticipate nel disegno di legge 280112017, ibidem, p. 809; CINA, Principio di autodeterminazione e tutela della salute ad diritto privato regionale, in Nuova giur. civ., 2018, I, p. 279; LIACI, Libertà di autodeterminazione nella sfera privata e familiare e volontà di interrompere la vita (5 giugno 2018), in Giustizia civile.com; FRANZONI, Le dichiarazioni anticipate di trattamento (2 marzo 2018), in Giustizia civile.com; DEL SORDO-GENOVESE, Biotestamento: Dat in forma libera «sostenute» dal medico, in Guida al diritto, 2018, 12, p. 33; FARINA, Testamento biologico da non liquidare con sin modulo fai da te, in Il Sole 24 Ore del 27 febbraio 2018; Di MARCO-LAFFIRANCHI, Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT): opinioni a confronto (19 febbraio 2018), in nuerv.federnotizie.it; MACIOCCIII, Il Comune può accettare solo le Dai dei residenti, in Il Sole 24 Ore del 15 febbraio 2018; AMATO, Biotestamento: il consenso informato influenza il reato, in Guida al diritto, 2018, 9, p. 14; BUFFONE, Un altro tassello che disciplina il «fine vita», in Guida al diritto, 2018, 8, p. 34; BUFFONE, Il consenso informato coinvolge paziente, sanitari e familiari, in Guida al diritto, 2018, 8, p. 36; BUFFONE, Senza regole di rito fisse contenziosa al giudice tutelare, in Guida al diritto, 2018, 8, p. 39; BUFFONE, Resta il difetto di coordinamento con. le unioni civili, in Guida al diritto, 2018, 8, p. 43; BUSANI, Testamento biologico anche in video, in Il Sole 24 Ore del 31 gennaio 2018; PORRACCILO, Biotestamento al debutto: ecco i casi a rischio giudice, in Il Sole 24 Ore del 29 gennaio 2018; PORRACCILO, Consenso

infirmato e forme corrette per evitare le liti, in *D .Sole 24 Ore del 29 gennaio 2018*; *testamento biologico e il ruolo del notaio*, in *Successioni e donazioni, I*, diretto da G. IACCARINO, Torino 2017, p. 528; CLARIZIA, *Autodeterminazione e dignità della persona: una legge sulle disposizioni anticipate di trattamento*, in *Principi, regole, interpretazione. Contratti e obbligazioni, famiglie e successioni. Scritti in onore di Giovanni Furguele, I*, a cura di G. CONTE e S. LANDIM, Mantova 2017, p. 557; MIGLIORELLI, *Autonomia negoziale e disposizioni sul «fine vita»*, in *Riv. notarile*, 2017, p. 125; GIANGASPERO, *La disciplina delle dichiarazioni anticipate di trattamento tra tentativi regionali e inerzia statale*, in *Studiarti iuris*, 2017, p. 1307; AZZALINI-MOLASCIII, *Autodeterminazione terapeutica e responsabilità della p.a. Il suggello del Consiglio di Stato sul caso Englaro (nota a Cons. Stato 21 giugno 2017 n. 3058)*, in *Nuova giur. civ.*, 2017, I, p. 1525; BONO, *Prime note sulla nuova legge in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (28 dicembre 2017)*, in *www.federnotizie.it.* Sul dibattito anteriore in materia di disposizioni anticipate di trattamento e testamento biologico, cfr. FOGLIA-ROSSI, *Testamento biologico*, in *Digesto discipline privatistiche, sez. civ.*, Aggiornamento, 9, Torino 2014, p. 638; A.A.VV., *Ai confini delle cure*, a cura di P. MACCHIA, Napoli 2012; VENUTITI, *Dichiarazioni anticipate di trattamento e autodeterminazione*, in *Atti notarili. Diritto comunitario e internazionale*, 4, *, *Diritto comunitario*, a cura di PREITE, Torino 2011, p. 181; BONILINI, *Il così detto testamento biologico*, in *Trattato di diritto delle successioni e donazioni*, diretto da BONILENI, 11, Milano 2009, p. 75; CALÒ, *Il testamento biologico tra diritto e anemia*, Milano 2008; SALARIS, *La fine della vita. Il dibattito intorno al c.d. testamento biologico*, in *Corpo umano e diritto civile*, Milano 2007, p. 249; AA.VV., *Testamento biologica. Riflessioni di dieci giuristi*, Milano 2006; AA.VV., */1 testamento di vita e il ritorno delle autonomie*, Milano 2005; TAPICHINO, *Testamento biologico e direttive anticipate*, Milano 2001; GIANGASPERO, *La disciplina delle dichiarazioni anticipate di trattamento tra tentativi regionali e inerzia statale*, in *Studium iuris*, 2017, p. 1307; ZAM-PICCINNI, *La faccia nascosta delle norme: dall'equiparazione del convivente una disciplina delle DAT*, in *Nuova giur. civ.*, 2017, II, p. 1233; CALÒ, *Convivenze: il legislatore crea il testamento biologico credendo di estenderlo*, in *Notariato*, 2016, p. 596; FALLETTI, *Disposizioni in tema di fine vita: un'analisi comparata della giurisprudenza*, in *Corriere giur.*, 2016, p. 1440; FAVILLI, *La responsabilità della pubblica amministrazione nel caso Englaro (nota a T.A.R. Lombardia 6 aprile 2016)*, in *Nuova gittr. civ.*, 2016,1, p. 1194; BLASCO, *li testamento biologico. Le ragioni del sì*, in *Vita noi.*, 2015, p. 1119; FIMIANI, *I principi in tema di scelte di fine vita*, in *Treccani, Il libro dell'anno del diritto 2012*, Roma 2012, p. 30; GHIDONI, *Il trattamento sanitario tra protezione della personalità e imposizione di valori etici (nota ad App. Milano 19 agosto 2011)*, in *Famiglia, persone e successioni*, 2012, p. 185; Miorro, *Problematiche, attualità e prospettive delle dichiarazioni anticipate di volontà tra diritto vivente «proposte legislative*, in *Famiglia, persone e successioni*, 2012, p. 529; SPOTO, *Questioni di fine vita tra modelli adottati in Europa, negli Stati Uniti e proposte interne*, in *Europa e dir. priv.*, 2011, p. 1175; BALESTRA, *L'autodeterminazione nel «fine vita»*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 2011, p. 1009; DEPLANO, *«Diritto di morire, decisioni senza legge, leggi sulla decisione: profili giuridici del caso Englaro»*. Cronaca di un convegno, in *Rass, dir. civ.*, 2011, p. 1014; MOFIACE PINELLI, *Libertà di curarsi e rilevanza delle decisioni di fine vita*, in *Riti. dir. civ.*, 2011, p. 697; CALDERAI, *Sui limiti della tutela giuridica dell'autodeterminazione in biomedica (nota ad App. Roma 21 dicembre 2010)*, in *Nuova giur. civ.*, 2011, I, p. 901; GORASSINT, *Appunti sparsi sul c.d. testamento biologico*, in *Rass. dir. civ.*, 2011, p. 41; PARENTE, *La sofferenza da malattia e il «diritto al sollievo» dal dolore: i contenuti delle tutele normative*, in *Rass, dir. civ.*, 2011, p. 99; BUSNELLI, *Problemi giuridici di fine vita tra natura e artificio*, in *Riv. dir. civ.*, 2011, I, p. 153; BELLELLI, *Decisioni di fine vita e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Nuova giur. civ.*, 2011,11, p. 85;

GORGONI, .11 diritto alla salute e il diritto all'autodeterminazione nella responsabilità medica, in *Obbligazioni e contratti*, 2011, p. 191; CASTRONOVO, Autodeterminazione e diritto privato, in *Europa e dir. priv.*, 2010, p. 1037; CATERLINA, Ai confini dell'autonomia, in *Riv. critica dir. priv.*, 2010, p. 459; AMBROSI-D'ARRIA, L'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, in *Famiglia, persone e successioni*, 2010, p. 398; DI MASI, Fine vita: vecchi e nuovi paradigmi a confronto, in *Riv. critica dir. priv.*, 2010, p. 143; GIACOBBE, La parola è d'argento, il silenzio è d'oro: a proposito di autodeterminazione e scelte di fine vita (nota a TAR Lazio 12 settembre 2009), in *Giust. civ.*, 2010, I, p. 764; SCALERA, La proposta di legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, in *Famiglia e dir.*, 2010, p. 627; SCALISI, Il diritto a morire: profili problematici, in *Famiglia e dir.*, 2009, p. 1069; SACCHI, Il testamento biologico tra tutela del diritto alla vita e libertà di autodeterminazione, in *Vita not.*, 2009, p. 1345; SPADAFORA, Gli interessi tutelabili tra inizio e fine vita: spunti per una riflessione sistematica, in *Giust. civ.*, 2009, p. 419; CORDIANO, II disegno di legge sul testamento biologico: l'autodeterminazione mancata e alcune antinomie sistematiche, in *Giust. civ.*, 2009, II, p. 411; BECCHI, L'imperialismo giudiziario. Note controcorrente sul caso Englaro, in *Riv. internaz. filosofia dir.*, 2009, p. 379; ZATTI, Le «disposizioni del paziente»: ci vorrebbe un legislatore, in *Nuova giur. civ.*, 2009,11, p. 313; RUSSO, Testamento biologico e razionalità della legge, in *Vita noi.*, 2009, p. 803; DELLI CARRI, Il problema del rifiuto delle cure «salvavita» e l'ammissibilità del testamento biologico, in *Vita noi.*, 2009, p. 173 e 785; DI BITONTO, A proposito di Eluana, in *Giust. civ.*, 2009, II, p. 313; FATTA, Il conflitto di attribuzioni sul «caso Englaro» e la «cattiva battaglia» giudici-legislatore: quale sorte per la tutela dei diritti umani? (nota a Corte Cosi. 8 ottobre 2008, n. 334), in *Giur. it.*, 2009, p. 1630; SANTOSUOSSO, Sulla conclusione del caso Englaro, in *Nuova giur. civ.*, 2009, II, p. 127; VALORE, II dissenso al trattamento terapeutico (nota a Casa. 15 settembre 2008, n. 23676), in *Giur. it.*, 2009, p. 1400; FRANZONI, Testamento biologico come diritto all'autodeterminazione o all'eutanasia?, in *Contratto e impresa*, 2009, p. 255; BOLOGNA, Il diritto e le decisioni di fine Vita nella tradizione giuridica occidentale, in *Vita noi.*, 2009, p. 149; MILONE, Le direttive avanzate. Questioni di vita, Uomini, giudici, leggi, in *Vita not.*, 2009. p. 203; SAGGIO, Il testamento biologico: una sfida alla ragione e al cuore. in *I liti noi.*, 2009, p. 219; CARUSI, Tutela della salute, consenso alle cure, direttive anticipate: l'evoluzione de/pensiero privatistico, in *Riv. critica dir. priv.*, 2009, p. 7; PAESANO, Stato vegetativo permanente e libera scelta del rifiuto di cure (nota a Casi. S. U. 13 novembre 2008, n. 27145), in *Rass. dir. civ.*, 2009, p. 512; MESSINETTC L'autodeterminazione dispositivo della persona e il valore di libertà del soggetto, in *Riv. critica dir. priv.*, 2008, p. 547; SCALERA. Il «caso Englaro» alla Corte Europea dei diritti dell'uomo. in *Studium inni*, 2009, p. 494; FITTI P A LDI, Società di massa, famiglia, tutela degli interessi dei soggetti in stato vegetativo permanente e poteri del pubblico ministero, in *Giust. eiv.*, 2009,11, p. 137; CRICETI. Il cosiddetto dissenso informato (nota a Cass. 15 settembre 2008, n. 23676), in *Nuova giar. cic.*, 2009. I, p. 175; CRIE:EINTI, «Indisponibilità» del bene vita e disposizione di sé, in *Giust. tic.*, 2009. II, p. 17; C RASSI, Le direttive anticipale di trattamento: l caso Englaro (nota ad App. Milano 9 luglio 2008). in *Famiglia*, 2008, p. 71; SESTA, Riflessioni sal testamento biologico. in *Studi in onore di Nicolò Lipari*, II. Milano 2008.p. 2837; PRI NCI G A Mi, Diritti fondamentali del malato e decisione medica. Decisione medica e rifiuto alle cure, in *Studi in onore di Nicolò Lipari*, II, Milano 2008, p. 2299; BUSNELLI, Il caso Englaro in Cassazione, in *Famiglia, persone e successioni*, 2008, p. 966; Rougirr, Il corpo e il post-umano, in *Studi in onore di Messinetti*, Napoli 2008, p. 821; AZZALI N I, Tutela dell'identità del paziente incapace e rifiuto di cure: appunti sul caso Englaro, in *Nuova giar. civ.*, 2008,11, p. 331; VERONESI, Sal diritto a rifiutare le cure salvavita prima e dopo il «caso Welby», in *Studiarti iuris*. 2008, p. 1074; OPPO, Profili giuridici dei confini artificiali imposti alla

vita umana, in Riv. di', 2008, 1, p. 371; SCALERA, Il «testamento biologico» e il rifiuto delle cure salva-vita, in Studium inni, 2008, p. 903; SI m Eou, LI rifiuto di cure: la volontà presunta o ipotetica del soggetto incapace (nota a Casi. 16 ottobre 2007, n. 21748), in Ginst. eiv., 2008, 1, p. 1727; PALIAIERINI, Cara degli incapaci e tutela dell'identità nelle decisioni mediche (nota a Cas.s. 16 ottobre 2007, n. 21748), in Riv. dir. civ., 2008, II, p. 363; C A RRO, Brevi note sull'efficacia del dissenso al trattamento medico-chirurgico tra il diritto di morire e il dovere di curare. Il consenso presumibile e la scriminante dello stato di necessità (nota a Casi. 23 febbraio 2007 n. 4211), in Dir. e giur., 2008, p. 131; GORGONI, La rilevanza giuridica della volontà sulla fine della vita non formtdizzata nel testamento biologico (nota a Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748), in Famiglia, persone e successioni, 2008, p. 508; VE-Ntm, Il diritto all'autodeterminazione sanitaria dei soggetti in stato vegetativo permanente: la Corte di Cassazione sul caso di E.E. , in Famiglia, 2008, p. 93; BALLARINO, Eutanasia e testamento biologico nel conflitto di leggi, in Riv. dir. civ., 2008, I, p. 69; CALÒ, La Cassazione «vara» il testamento biologico (nata a Casi. 16 ottobre 2007, n. 21748), in Corriere giar., 2007, p. 1676; FERRANDO, II diritto alla vita, in I rapporti civilistici nell'interpretazione della Corte costituzionale, II, Napoli 2007, p. 345; GHIONNI, Il «consenso dell'incapace» alla cessazione del trattamento medico (nota a Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748), in Dir. e giur., 2007, p. 573; - 1."Emill-Amirn, Stati vegetativi permanenti: scelte di cure e incapacità (nota a Cass. 16 ottobre 2007, si. 21748), in Nuova g,iur. civ., 2008, I. p. 100; AZZALI N I, Trattamenti life-saving e consenso del paziente: i doveri del medico dinanzi al rifiuto di cure (nota a Trib. Roma 23 luglio 2007), in Nuova giar. civ., 2008, I. p. 73; SANTOSUOSSO, La volontà oltre la coscienza: la Cassazione e lo stato vegetativo, in Nuova giur. civ., 2008, 11. p. 1; VENDITTI, Sulle direttive anticipate di trattamento sanitario, in Dir. e giur., 2007, p. 121; VOGATI. RO, La volontà del soggetto nell'ambito deirAdvance Health Care Planning: brevi riflessioni in tema di testamento biologico, in Riv. noi., 2007, p. 905; ALP Il principio di autodeterminazione e il testamento biologico, in Vita not., 2007, p. 3; VALLIN I Lasciar morire, lasciarsi morire: delitto del medico o diritto del malato?, in Studium inni. 2007, p. 539; C RICENTI, II diritto di morire, in Nuova giar. civ.. 2007, II, p. 131; AZZA LINI, Il rifiuto di cure. Riflessioni a margine del caso Welby, in Nuova giur. civ., 2007, 11, p. 313; BISCONTI N I Obiezione di coscienza e tutela della vita, in I rapporti civilistici nell'interpretazione della Corte costituzionale, II, Napoli 2007, p. 61; MALTESE, // «testamento biologico», in Riv. dir. civ., 2006. II, p. 525; BALESTRA, Efficacia del testamento biologico e ruolo del medico, M Famiglia, 2006, p. 435; ALPA, 11 principio di autodeterminazione e le direttive anticipate sulle cure mediche, in Riv. critica dir. primi., 2006, p. 83; BALESTRA, Il testamento biologico nell'evoluzione del rapporto medico-paziente, in Famiglia, Persone e Successioni, 2006, p. 102; FACCI, Il rifiuto del trattamento sanitario: validità e limiti, in Contratto e impresa, 2006, p. 1671; LICCIARDELLO, Principi generali in tenia di consenso, in Vita no!., 2005, p. 1823; CERCHIA, Le «Advanee Direetives» nei Paesi di commini law, prospettive per il nostro ordinamento, in Riv, dir. civ., 2005,11, p. 732; SPOTO, Direttive anticipate, testamento biologico e tutela della vita, in Europa e dir. priv., 2005, p. 179; CFN 1101\ Malattia terminale e diritto di non soffrire, in Studi in onore di Majello, I, Napoli 2005, p. 343; ZKITI, Spunti in tema di libertà di cura: tra sperimentazione e terapia innovativa. in Stadi in onore di Schlesinger. Milano 2004, p. 369; MI LON E, Il testamento di vita, in Iriia noi., 2004, p. 105; SALITO, Il testamento biologico: ipotesi applicative, in Notariato, 2004, p. 196; CALO, Osservazioni sul progetto di carta di autodeterminazione, in Vita not., 2001, p. 15; MILONE, Il testamento biologico (living in Vita not., 1997, p. 106.

FAC SIMILE DI DAT

Repertorio n.

Raccolta n.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
REPUBBLICA ITALIANA

Il giorno

COMPARENTI

premessso che

* <nominativo (s)> </è affetto/è affetta/ha contratto/> </da /dalla /dal /dall'/la /il /l'/><indicare malattia>;

* come risulta dalla documentazione medica</, che in copia fotostatica si allega al presente atto </essa parte comparente/<nominativo (s)>/> ha acquisito adeguate informazioni mediche</ in relazione a tale malattia/ in relazione a tale malattia e al tipo di prognosi cui può condurre/ in relazione alle diverse patologie </degenerative/terminali/> esistenti/ in relazione alle diverse prognosi di malattia terminale esistenti/>, specialmente con riguardo:

- al ventaglio di trattamenti </diagnostici/sanitari/diagnostici e sanitari/> a oggi esistenti </per la suddetta malattia/per le varie malattie prese in considerazione/>;

- al rapporto tra rischi e benefici derivanti dai trattamenti medesimi;

- alle conseguenze della scelta </di sottoporsi a/di rifiutare/di sospendere/> tali trattamenti.

Tanto premesso, da formare parte integrante e sostanziale del presente atto, si conviene e stipula quanto segue.

<[ART.]articolo])> OGGETTO

<nominativo (s)>, per il caso in cui dovesse contrarre:

- una malattia degenerativa;

- una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile;

- una malattia implicante l'utilizzo permanente di macchine o altri sistemi artificiali e tale da </impedirgli/impedirle/> una normale vita di relazione;

in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi:

* dichiara che</ non dovranno essere effettuati nei suoi confronti accertamenti diagnostici </particolarmente invasivi/sperimentali/richiedenti l'uso della chirurgia/<descrizione libera>/>/, in relazione al ventaglio delle possibilità diagnostiche prospettabili lungo il decorso della malattia, dovrà scegliersi il tipo di accertamento diagnostico </più efficace/meno invasivo/<descrizione libera>/>/></./>

* dichiara di voler essere </sottoposto/sottoposta/> unicamente ai seguenti trattamenti terapeutici:

- </nell'ipotesi in cui non fosse più in grado di assumere cibo o bevande, ammette qualsiasi forma di alimentazione o idratazione artificiale a mezzo sondino;/qualora affetto da malattie intercorrenti atte ad abbreviare la sua vita (come infezioni respiratorie e urinarie, emorragie, disturbi cardiaci e renali), ammette </qualsiasi trattamento terapeutico attivo, come/i seguenti trattamenti terapeutici attivi:/> </antibiotici, trasfusioni, rianimazione cardiopolmonare, emodialisi</;/, <descrizione libera>/>/><descrizione libera>/>/><descrizione libera>/>

* dispone di essere sottoposto alle opportune forme di rianimazione o continuazione dell'esistenza dipendente da macchine e di continuare a esservi sottoposto per almeno <indicare numero giorni, settimane, mesi o anni> </giorni/settimane/mesi/anni/></;./>

* desidera che, nell'ipotesi di grave sofferenza:

- </si provveda a opportuno trattamento analgesico sebbene ciò possa/non si provveda alla somministrazione di cure palliative qualora esse possano/> affrettare la fine della sua esistenza;

- la somministrazione delle cure necessarie avvenga </in casa/in ospedale/presso la struttura <indicare struttura>/<descrizione libera>/><///

- <descrizione libera>/></;./>

* dispone che il suo corpo </sia donato al fine di trapiantarne gli organi/sia donato al fine di trapiantarne gli organi, ma non anche utilizzato per scopi scientifici e didattici/non sia donato al fine di trapiantarne gli organi/>.

<nominativo (s)> non richiede, infine, assistenza religiosa </durante la fase terminale della sua malattia/nell'ipotesi di prognosi terminale/>.

ART. NOMINA FIDUCIARIO

<nominativo (s)> nomina, quale </suo fiduciario/sua fiduciaria/>, <nominativo (s)> </il quale/la quale/>, sottoscrivendo il presente atto, accetta l'incarico, affinché </questi/questa/> faccia le sue veci e </lo/la/> rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Per l'ipotesi in cui <nominativo fiduciario> dovesse rifiutare una volta accettato, <nominativo (s)> individua fin d'ora, in sua sostituzione, <nominativo sostituto>.

ART. TRATTAMENTO FISCALE

Ai sensi dell'art. 4, comma 6, l. n. 219 del 2017, il presente atto è esente dall'obbligo di registrazione tributaria, da imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa.

ART. SPESE

Le spese e competenze inerenti e conseguenti al presente atto sono a carico di

Repertorio n.

Raccolta n.

NOMINA FIDUCIARIO
REPUBBLICA ITALIANA

premessso che

* con atto autentificato nelle firme dal notaio <nome notaio> di <sede notaio> in data <data atto (d1)> n. <numero di repertorio> di rep., <nominativo (s)> ha dettato disposizioni anticipate di trattamento ai sensi dell'art. 4 l. n. 219 del 2017;

* in tale atto, <nominativo (s)> non aveva indicato nessun soggetto quale </suo fiduciario/sua fiduciaria/>;

* pertanto, con il presente atto, <nominativo (s)> intende nominare una persona di fiducia, che faccia le sue veci e </lo/la/> rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Tanto premesso, da formare parte integrante e sostanziale del presente atto, si conviene e stipula quanto segue.

ART. NOMINA FIDUCIARIO

<nominativo (s)> dichiara di nominare, quale </suo fiduciario/sua fiduciaria/>, <nominativo (s)> </il quale/la quale/>, sottoscrivendo il presente atto, accetta l'incarico, affinché </questi/questa/> faccia le sue veci e </lo/la/> rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Per l'ipotesi in cui <nominativo fiduciario> dovesse rifiutare una volta accettato, <nominativo (s)> individua fin d'ora, in sua sostituzione, <nominativo sostituto>.

ART. TRATTAMENTO FISCALE

Ai sensi dell'art. 4, comma 6, l. n. 219 del 2017, il presente atto è esente dall'obbligo di registrazione tributaria, da imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa.

ART. SPESE

Le spese e competenze inerenti e conseguenti al presente atto sono a carico di

Repertorio n.

Raccolta n.

ACCETTAZIONE INCARICO DI FIDUCIARIO
REPUBBLICA ITALIANA

Il giorno

premessi che

* con atto a rogito del notaio <nome notaio> di <sede notaio> in data <data atto (d1)> n. <numero di repertorio> di rep., <nominativo disponente> ha dettato disposizioni anticipate di trattamento ai sensi dell'art. 4 l. n. 219 del 2017;

* con il medesimo atto, <nominativo fiduciario> ha indicato <nominativo (s)> quale </suo fiduciario/sua fiduciaria/>;

* <nominativo (s)> intende accettare l'incarico </conferitogli/conferitole/>.

Tanto premesso, da formare parte integrante e sostanziale del presente atto, si conviene e stipula quanto segue.

ART. ACCETTAZIONE INCARICO DI FIDUCIARIO

<nominativo (s)> dichiara di accettare l'incarico di </fiduciario/fiduciaria/> di <nominativo disponente>, assumendo l'obbligo di fare le sue veci e di </rappresentarlo/rappresentarla/> nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

ART. TRATTAMENTO FISCALE

Ai sensi dell'art. 4, comma 6, l. n. 219 del 2017, il presente atto è esente dall'obbligo di registrazione tributaria, da imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa.

ART. SPESE

Le spese e competenze inerenti e conseguenti al presente atto sono a carico di