



Comune di Castelforte

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR CIVILE

"Città per la pace"

Provincia di Latina



ORIGINALE

## DELIBERAZIONE N. 9

Prot. n. 3458

del 04 APR 2019

### Verbale di Deliberazione del CONSIGLIO COMUNALE

Sessione ordinaria in prima convocazione – seduta pubblica

**OGGETTO:** Istituzione Registro Comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT). Approvazione Regolamento.

\*\*\*\*\*

L'anno duemiladiciannove addì ventotto mese di marzo alle ore 16,15 nella Sala Consiliare previa l'osservanza di tutte le formalità prescritte vennero oggi convocati alla seduta ordinaria i Consiglieri comunali. All'appello risultano:

|               |               | Presente | Assente |
|---------------|---------------|----------|---------|
| 1) CARDILLO   | Giancarlo     | X        |         |
| 2) ROSATO     | Giuseppe      | X        |         |
| 3) CIORRA     | Alessandro    | X        |         |
| 4) FUSCO      | Vincenzo      | X        |         |
| 5) D'APRANO   | Americo       | X        |         |
| 6) SALTARELLI | Michele       | X        |         |
| 7) MIGNANO    | Simone        | X        |         |
| 8) FALSO      | Mery          | X        |         |
| 9) ROSATO     | Antonio       |          | X       |
| 10) TESTA     | Gianfranco    |          | X       |
| 11 ) POMPEO   | Angelo Felice |          | X       |
| 12) TERILLO   | Michelina     |          | X       |
| 13) GAETANO   | Patrizia      |          | X       |

\*\*\*\*\*

Partecipa il Segretario Comunale Dr. ssa Antonietta Di Massa che provvede alla redazione del presente verbale.

Essendo legale il numero degli intervenuti il Sig. Alessandro CIORRA – Presidente -, assume la presidenza e dichiara aperta la seduta .

Sono, altresì presenti gli assessori esterni Russo G., Tucciarone L., Orlandi F., Iotti P.

All'atto della trattazione dell'argomento in esame risultano presenti i Consiglieri G. Testa, M. Terillo e P. Gaetano

## **IL CONSIGLIO COMUNALE**

**UDITA** la relazione del Presidente del Consiglio Comunale che illustra la proposta in esame  
**VISTO**

- l'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e afferma che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per legge, riconoscendo il diritto all'autodeterminazione terapeutica;
- l'articolo 9 della Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina firmato ad Oviedo il 04.04.1997 dagli Stati membri del Consiglio d'Europa, ratificata e resa esecutiva in Italia con L. 28.03.2001 n. 145 dispone 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” ;
- il codice di deontologia medica che prevede che il medico si astenga dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeuti da cui non si possa attendere un beneficio per la salute del malato, deve acquisire il consenso esplicito ed informato del paziente per le attività terapeutiche da intraprendere, deve desistere da atti curativi contro la volontà della persona, attenendosi alla volontà liberamente espressa e, se il malato non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato ;
- la legge 22 dicembre 2017, n. 219: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” che in particolare all'art. 4 comma 6 della legge 219/2017 prevede, che le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) si possono fare:” per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito”.
- Che questo Consiglio Comunale vuole istituire questo registro e dare all'ufficio di stato civile le indicazioni necessarie per la sua gestione;

**ACQUISITO** il parere di regolarità tecnica ai sensi dell'art. 49 del D. Lgs. 267/2000;

**SENTITO** il Segretario Comunale il quale si esprime favorevolmente in ordine alla conformità dell'azione Amministrativa alle Leggi, allo Statuto, ai Regolamenti ;

Con votazione favorevole unanime dei presenti

## **D E L I B E R A**

la premessa è parte integrante e sostanziale del presente atto;

1- Di istituire il “Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)”;

2-Di approvare, come si approva, il “Regolamento di gestione del registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)” (Allegato 1);

3-Di approvare, come si approva,

a) lo schema del registro di cui ai punti precedenti ( allegato 2);

b) la scheda informativa, la dichiarazione anticipata trattamento – DAT, presentata direttamente dal cittadino ( allegato 3);

c) dichiarazione anticipata trattamento DAT presentata dal Notaio Rogante ( allegato 4);

d) ricevuta delle dichiarazioni ricevute ( allegato 5);

4.di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per il Comune di Castelforte;

5-di demandare la gestione di quanto qui approvato al Servizio Demografico Ufficio di Stato Civile, dando atto che il Sindaco quale Ufficiale di Governo ne sovrintenda l'attuazione.

## ART. 1 – Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) - Finalità.

Il Comune di CASTELFORTE per promuovere la piena dignità e il rispetto delle persone, anche nella fase terminale della vita umana, istituisce il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT), con la finalità di consentire l'iscrizione nominativa, mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di tutti i cittadini che hanno depositato una dichiarazione anticipata di trattamento presso un notaio o presso questo ufficio di stato civile, allo scopo di fornire informazioni alle persone autorizzate circa l'esistenza di una DAT, la data di compilazione e il soggetto presso il quale tale documento è depositato.

## ART. 2 – Definizioni

Ai fini del presente disciplinare si intende:

- *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT*: la dichiarazione, prevista nella legge 22 dicembre 2017, n. 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" secondo cui: "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, 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."
- *Dichiarante*: colui che sottoscrive la DAT e la connessa dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, necessaria per l'iscrizione nel Registro;
- *Fiduciario*: la persona che assume il ruolo di garante della fedele esecuzione della volontà del dichiarante qualora egli si trovasse nell'incapacità di esprimere consapevolmente tale volontà, relativamente ai trattamenti proposti;
- *Registro delle DAT*: il registro contenente la registrazione cronologica delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà resa dal dichiarante relativa alle proprie DAT.

## ART. 3 – Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT

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, che provvede all'annotazione nell'apposito registro.

Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

Il Comune di CASTELFORTE non fornisce indicazioni sulle disposizioni che devono essere contenute nella *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario - DAT* e non assume in alcun caso la funzione di fiduciario.

## ART. 4 – Caratteristiche del Registro

Nel Registro sono annotate le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000 con le quali il dichiarante dà atto di avere depositato le proprie DAT, che saranno chiuse in apposito plico e sigillate, da conservare in luogo e con modalità che diano la massima sicurezza rispetto a violazioni della riservatezza delle stesse.

L'ufficiale dello stato civile non potrà né leggere né disigillare i plichi a lui consegnati o presso di lui depositati.

Sono accettate e annotate solo le DAT rese da cittadini che risultino residenti nel Comune di CASTELFONTE all'atto della richiesta. Il trasferimento della residenza in altro Comune o all'estero non comporta la cancellazione dal Registro.

La registrazione avviene in ordine cronologico di presentazione al Comune della dichiarazione.

La dichiarazione può essere consegnata all'ufficio di stato civile direttamente dal cittadino che le ha sottoscritte oppure essere trasmessa direttamente dal notaio che ha rogato la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT*.

Il deposito della DAT deve essere accompagnato da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto sul modello allegato o simile, che permetta, senza dover consultare la DAT l'individuazione del depositante e del fiduciario.

L'ufficiale di stato civile incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà ai soggetti di cui sopra una attestazione riportante il numero progressivo di registrazione attribuito alla dichiarazione.

Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi con le medesime modalità, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare la dichiarazione.

#### **ART. 5 – Modalità di deposito e di iscrizione della Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario – DAT**

Per consegnare personalmente la dichiarazione, la persona interessata deve prendere un appuntamento anche telefonico con l'ufficiale dello stato civile.

La presentazione della dichiarazione deve essere effettuata personalmente dal dichiarante.

Qualora la *Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario DAT* sia redatto da un notaio, il Comune di CASTELFONTE si impegna a ricevere e annotare nel registro le dichiarazioni trasmesse direttamente dal rogante.

Il Registro riporta il numero progressivo assegnato alla dichiarazione, il nome e indirizzo del notaio rogante, se presente, quello del fiduciario e dell'eventuale sostituto del fiduciario, la data della dichiarazione, la data di registrazione, l'elenco dei soggetti che possono ottenere informazioni in merito a quanto registrato.

L'ufficio competente provvederà a rendere disponibile sul proprio sito Internet www.comune.castelfonte.it un modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà contenente i dati necessari per l'iscrizione nel Registro.

#### **ART. 6 – Soggetti che possono assumere informazioni sulle dichiarazioni annotate nel Registro.**

Il registro non è pubblico.

Possono prendere visione delle informazioni contenute nel registro, il dichiarante, e se indicati dal dichiarante nell'atto dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il medico di famiglia e i sanitari che avranno in cura il dichiarante, il fiduciario e il supplente del fiduciario, se nominati, il notaio che ha redatto l'atto, gli eredi del dichiarante, se espressamente individuati.

Comune di .....

Provincia di .....

## Registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento sanitario (DAT)

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. .... del ...../...../.....

[Allegato 2 alla deliberazione del Consiglio Comunale ..... del ...../...../.....]

### Deposito delle DAT e archiviazione delle relative dichiarazioni sostitutive (Dichiarazioni Anticipate dei Trattamenti Sanitari)

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| N. ....                                                                                                                                                                                        | In data ...../...../..... è pervenuta a questo ufficio e conseguentemente archiviata nel volume degli allegati a questo registro una DAT a nome di: |  |
| Cognome                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |  |
| Nome                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |  |
| Comune di nascita                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |  |
| Data di nascita                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
| Indirizzo di residenza nel comune                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |  |
| Il/la suddetto/a ha qui dichiarato di aver redatto una DAT, averla sigillata in apposito plico e reso la relativa dichiarazione sostitutiva, consegnando plico e dichiarazione al sottoscritto |                                                                                                                                                     |  |
| Luogo e data della DAT                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                     |  |
| Notaio rogante la DAT (eventuale)                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |  |
| Cognome                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |  |
| Nome                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |  |
| Indirizzo dello studio                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                     |  |
| Fiduciario nominato nella DAT (eventuale)                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                     |  |
| Cognome                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |  |
| Nome                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |  |
| Indirizzo                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                     |  |
| Recapiti                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |  |
| Sostituto del fiduciario nominato nella DAT (eventuale)                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |  |
| Cognome                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |  |
| Nome                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |  |
| Indirizzo                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                     |  |
| Recapiti                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |  |
| Soggetti che possono accedere ai dati del registro oltre al dichiarante, al notaio, al fiduciario o suo sostituto al medico di famiglia o ai medici curanti o agli eredi:                      |                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
| Annotazioni, modifiche e revoche                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |  |

Nella busta n. .... (numero corrispondente al progressivo di questa scheda) sono contenuti tutti i documenti;

la busta viene allegata a questo registro e con lo stesso affidata alla custodia di .....

Comune di .....

Provincia di .....

**Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'ufficio di stato civile

Dichiarazione presentata direttamente dal cittadino

Il sottoscritto/a (cognome e nome) .....  
 nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
 il ...../...../..... e residente a ..... in  
 Via/Piazza ..... n. ....

consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT del Comune di .....

**DICHIARA**

- che in data ...../...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale fiduciario il Signor .....  
 nato a ..... il ...../...../..... residente a .....  
 in via ..... n. ....;
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è stata sigillata nel plico che viene consegnato per il deposito all'ufficio dello stato civile del comune di .....
- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono le seguenti:
  - ☐ il medico di famiglia del dichiarante
  - ☐ i medici che avranno in cura il dichiarante
  - ☐ il fiduciario e dal supplente del fiduciario
  - ☐ il notaio che ha rogato l'atto
  - ☐ i seguenti eredi .....
  - ☐ .....

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di ..... al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

L) ...../...../.....

Firma del dichiarante:

|                                                             |                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMATA DAL DICHIARANTE<br>II MIA PRESENZA<br><br>L'ADDETTO | SI ALLEGA FOTOCOPIA:<br><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ<br><input type="checkbox"/> PASSAPORTO<br><input type="checkbox"/> PATENTE<br><input type="checkbox"/> ..... |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Augusto 4

Comune di .....

Provincia di .....

## Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà connessa al deposito presso l'ufficio di stato civile

Dichiarazione presentata dal notaio rogante

Il sottoscritto/a (cognome e nome) .....  
nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
il ...../...../..... e residente a ..... in  
Via/Piazza ..... n. ....  
consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 47 del  
DPR 445/2000, al fine di consentire l'iscrizione nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento -  
DAT del Comune di .....

### DICHIARA

- che in data ...../...../..... ha compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT);
- di avere indicato quale fiduciario il Signor .....  
nato a ..... il ...../...../.....  
residente a ..... in via ..... n. ....;
- che la dichiarazione anticipata di trattamento è stata sigillata nel plico che viene consegnato per il  
deposito all'ufficio dello stato civile del comune di .....
- che, oltre al sottoscritto, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel  
Registro sono le seguenti:
  - ☐ il medico di famiglia del dichiarante
  - ☐ i medici che avranno in cura il dichiarante
  - ☐ il fiduciario e dal supplente del fiduciario
  - ☐ il notaio che ha rogato l'atto
  - ☐ i seguenti eredi .....

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti e di autorizzare pertanto il Comune di ..... al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazione Anticipata di Trattamento - DAT

Lì ...../...../.....

Firma del dichiarante:

## AUTENTICA DI FIRMA

Io sottoscritto Dott. .... notaio residente in .....  
con studio in via ..... iscritto nel Collegio Notarile di .....

## CERTIFICO

che il signor ..... della cui personale identità io Notaio  
sono certo, ha reso la sopraestesa dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e seguenti del Testo Unico in materia di  
documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali  
previste dall'articolo 76 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci ivi  
indicate e l'ha sottoscritta alla mia presenza.

L' ...../...../.....

Comune di .....

Provincia di .....

**Ricevuta di delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) e di una dichiarazione sostitutiva - da inserire nel registro comunale**

Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. .... del ...../...../.....

N. .... progressivo del registro

Il sottoscritto funzionario incaricato alla tenuta dell'apposito registro comunale, in data odierna ha ricevuto una dichiarazione anticipata di trattamento sanitario (DAT) debitamente sigillata in apposito plico e con relativa dichiarazione sostitutiva a nome di:

Cognome e Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Inserisco la dichiarazione e il relativo plico al n. .... del registro comunale in intestazione.

Preciso che la suddetta dichiarazione e relativo plico mi è stata:

☐ consegnata

☐ recapitata a mezzo posta [n. prot. .... comunale in data]

da:

☐ L'interessato/a

☐ Il notaio rogante Dott. ....

Allo/a stesso/a si rilascia la presente ricevuta in data ...../...../..... e ne allego una copia agli allegati al suddetto registro.

**Il funzionario incaricato**

.....



**COMUNE DI CASTELFORTE**  
MEDAGLIA D'ORO AL VALOR CIVILE  
"Città per la pace"  
Provincia di Latina

## AREA AMMINISTRATIVA

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DI: **CONSIGLIO COMUNALE**

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| <b>PROPONENTE:</b>    | <b>INTERESSATO:</b>   |
| <b>AMMINISTRATIVA</b> | <b>AMMINISTRATIVA</b> |

**OGGETTO: Istituzione Registro Comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario ( DAT). Approvazione Regolamento.**

Ai sensi dell'art.49 del D.L.gs. 18 agosto 2000 n.267 che testualmente recita:

1. Su ogni proposta di deliberazione sottoposta alla giunta ed al consiglio che non sia mero atto di indirizzo deve essere richiesto il parere in ordine alla sola regolarità tecnica del responsabile del servizio interessato e, qualora comporti impegno di spesa o diminuzione di entrata, del responsabile di ragioneria in ordine alla regolarità contabile. I pareri sono inseriti nella deliberazione.
2. Nel caso in cui l'Ente non abbia Funzionari Responsabili dei Servizi, il parere è espresso dal Segretario dell'Ente in relazione alle sue competenze;
3. I soggetti di cui al comma 1 rispondono in via amministrativa e contabile dei pareri espressi.

Sulla proposta di deliberazione i sottoscritti esprimono il parere di cui al presente prospetto:

|                        |                                                                                    |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IL RESPONSABILE</b> | <b>Per quanto concerne la regolarità tecnica esprime parere:</b>                   |
| <b>DELL'AREA</b>       | <b>FAVOREVOLE</b>                                                                  |
| <b>INTERESSATA</b>     | <b>Data 25.03.2019</b><br>Il Responsabile Area Amministrativa<br>Dr. Cesare CIORRA |

|                        |                                                                    |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>IL RESPONSABILE</b> | <b>Per quanto concerne la regolarità contabile esprime parere:</b> |
| <b>DELL'AREA</b>       | <b>Il Responsabile Area Economico Finanziaria</b>                  |
| <b>ECONOMICO</b>       | <b>- Rag. Gaspare COVIELLO -</b>                                   |
| <b>FINANZIARIA</b>     | <b>Data</b>                                                        |

Il presente verbale, letto e approvato, viene sottoscritto come segue.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO  
(Alessandro CIORRA)



IL SEGRETARIO COMUNALE  
(dott. ssa Antonietta DI MASSA)

Su conforme relazione del messo comunale, si certifica che il presente verbale è stato/verrà pubblicato all'Albo Pretorio del Comune di Castelforte il 04 APR 2019 e vi resterà per quindici giorni consecutivi.

Li 04 APR 2019



IL SEGRETARIO COMUNALE  
(dott. ssa Antonietta DI MASSA)

Esecutiva ai sensi del 3° comma, art. 134 della Legge 267/2000.

Li \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO COMUNALE  
(dott.ssa Antonietta DI MASSA)