

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a

nato/a a il

residente ain via/piazza n.

codice fiscale

documento d'identità

con il presente atto dichiaro che:

- sono ben conscio/a che gli attuali enormi progressi della scienza medica sono in grado di prolungare la vita fisica ben oltre i limiti fino a poco tempo fa sconosciuti;
- tuttavia non ritengo che la vita fisica, senza alcun componente spirituale e intellettuale, possa essere considerata vita nel senso compiuto del termine.

Pertanto, nel pieno possesso delle mie facoltà di intendere e di volere, dichiaro che, qualora i "provvedimenti di sostegno vitale" che mi fossero applicati a seguito di una situazione (provocata da infortunio o malattia) in cui io abbia perso la capacità di relazionarmi coscientemente con il mondo esterno non facessero ragionevolmente prevedere nessun miglioramento, esprimo sin d'ora la mia volontà affinché essi vengano interrotti. Questa mia volontà è in accordo con l'art. 32 della Costituzione Italiana, con la Convenzione di Oviedo e con le disposizioni della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Inoltre **acconsento/non acconsento** che mi venga praticata la sedazione profonda terminale qualora le condizioni cliniche lo consigliassero.

Resta inteso che sarà mia facoltà modificare in ogni momento nel futuro queste disposizioni con una qualsiasi delle modalità indicate dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Nomino **1° Fiduciario** per l'esecuzione di queste mie volontà il/la sig./sig.ra:

cognome nome

nato/a a il

residente ain via/piazza n.

codice fiscale

documento d'identità

che riceve copia delle stesse e le controfirma per accettazione.

FIRMA DEL 1° FIDUCIARIO

.....

In caso di rinuncia, comprovata impossibilità a dare esecuzione alle mie volontà o decesso del suindicato fiduciario, nomino **2° FIDUCIARIO**, con medesime facoltà del primo, il/la sig./sig.ra:

cognome nome

nato/a a il

residente ain via/piazza n.

codice fiscale

documento d'identità

che riceve copia delle stesse e le controfirma per accettazione.

FIRMA DEL 2° FIDUCIARIO

.....

Dichiaro di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario può essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Dichiaro di essere a conoscenza che la legge mi consente di redigere le mie disposizioni anticipate di trattamento anche senza nominare il fiduciario. In questo caso sarà il giudice tutelare a provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del Codice civile).

Rinuncio/non rinuncio a conoscere le mie condizioni di salute ovvero ad essere informato in modo completo ed aggiornato riguardo alla diagnosi, alle prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. In caso di **rinuncia** nomino il fiduciario o un mio familiare nella persona di a ricevere e ad esprimere il consenso in mia vece.

Con il presente atto dispongo altresì la donazione dei miei organi NO SI

Acconsento infine al trattamento dei miei dati al fine dell'attuazione delle mie volontà contenute nella presente dichiarazione ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

.....

Luogo

data

FIRMA DEL/LA DICHIARANTE

.....