Al Sindaco del Comune di

.....

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritt.... .....
nat.... il ..... a ..... prov. .....
C.F…… e-mail……..
residente a ..... prov. .....
indirizzo ..... tel. .....
nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale liberta di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

(barrare la casella per esprimere la scelta)

1. ☐**Siano** ☐**Non siano**
   iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
2. ☐**Siano** ☐**Non siano**
   iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
3. ☐**Siano** ☐**Non 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.
4. ☐**Siano** ☐**Non siano**
   intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
5. ☐**Sia** ☐**Non sia**
   praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
6. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**
   che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
7. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**

essere idratato o nutrito artificialmente.

8. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**
   essere dializzato.
9. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**
   che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
10. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**
    che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
11. ☐**Voglio** ☐**NON voglio**
    che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

Pertanto,

☐**acconsente** all'invio di copia della presente dichiarazione alla Banca dati nazionale per le DAT;

☐ **non acconsente** all'invio di copia della presente dichiarazione e comunica che la stessa è reperibile presso: ❑ questo ufficio di Stato civile - ❑ .....

(luogo) ..... *(data)* .....

In fede, ...

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io dovessi perdere la capacita 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 disposizione:

(cognome e nome) .....

nato/a il ..... a ..... prov. .....

C.F…… e-mail……..

residente a ..... prov. .....

indirizzo ..... tel. .....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, ...

NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilita di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito:

(cognome e nome) .....

nato/a il ..... a ..... prov. .....

C.F…… e-mail……..

residente a ..... prov. .....

indirizzo ..... tel. .....

...l... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell''ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, ...

Allegati: copie del documento d'identità e tessera sanitaria, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.