

Dichiarazione anticipata di volontà relative ai trattamenti sanitari Testamento Biologico
--

Io sottoscritto/a

nato/a a il

attualmente residente nel Comune di

in via/piazza

recapito telefonico e.mail

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta

NOMINO

COME FIDUCIARIO:

Sig./Sig.ra

nato/a a il

attualmente residente nel Comune di

in via/piazza

Eventuale SECONDO FIDUCIARIO:

Sig./Sig.ra

nato/a a il

attualmente residente nel Comune di

in via/piazza

DISPONGO

che in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile

o in stato di permanente incoscienza

SIANO

NON SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come ad esempio

l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

SIANO

NON SIANO intraprese misure di prolungamento artificiale della vita (come ad esempio la

respirazione meccanica o l'alimentazione e idratazione artificiale)

Altre eventuali disposizioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

La presente volontà può essere da me revocata o modificata in qualsiasi momento con successiva e nuova dichiarazione, che annullerà le precedenti.

Il dichiarante e il fiduciario acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, al fine dell'inserimento e della conservazione della presente nel Registro istituito presso il Comune di Sedini.

.....

(luogo e data)

Si allega fotocopia del documento di identità

Il Dichiarante

.....

I Fiduciari

1°

2°