

Allegato "1"

**TESTAMENTO BIOLOGICO E DELLE ULTIME VOLONTA'
DICHIARAZIONE ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI**

IO SOTTOSCRITTO/A

| | |
|------------------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |
| LUOGO DI NASCITA | |
| DATA DI NASCITA | |
| RESIDENTE A | |
| VIA/PIAZZA | |
| DOC. IDENTITA' | |
| TELEFONO | |
| MAIL | |

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI ED IN TOTALE LIBERTA' DI SCELTA,
DISPONGO VENGANO RISPETTATE LE SEGUENTI MIE DISPOSIZIONI:**

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari (che in ogni momento posso decidere di annullare o sostituire)

| | | |
|--|---------------|-------------------|
| Che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di <u>incoscienza permanente</u> non suscettibile di recupero. | Voglio | Non Voglio |
| Che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di <u>demenza avanzata</u> non suscettibile di recupero. | Voglio | Non Voglio |
| Che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di <u>paralisi permanente con incapacità totale di comunicare</u> non suscettibile di recupero. | Voglio | Non Voglio |

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerato irreversibile:

| | | |
|---|---------------|-------------------|
| Che 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 ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita. | Voglio | Non Voglio |
| Che mi sia praticata la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti, in caso di arresto cardiorespiratorio. | Voglio | Non Voglio |
| Che mi siano praticate forme di respirazione meccanica | Voglio | Non Voglio |
| Essere idratata/o o nutrita/o artificialmente | Voglio | Non Voglio |
| Essere dializzata/o | Voglio | Non Voglio |
| Che mi siano praticati interventi di chirurgia di urgenza | Voglio | Non Voglio |
| Che mi siano praticate trasfusioni di sangue. | Voglio | Non Voglio |
| Che mi siano somministrate terapie antibiotiche | Voglio | Non Voglio |

DISPOSIZIONI POST MORTEM

| | | |
|---|---------------|-------------------|
| Che il mio funerale sia celebrato con rito religioso. | Voglio | Non Voglio |
| Che il mio corpo sia inumato/tumulato. | Voglio | Non Voglio |

| | | |
|-------------------------------|-----------------|---|
| Che il mio corpo sia cremato. | Voglio | Non Voglio |
| Che le mie ceneri siano | Tumulate | Conservate presso abitazione privata |

ALTRE DISPOSIZIONI

NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO IL SIGNORE/LA SIGNORA:

| | |
|------------------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |
| LUOGO DI NASCITA | |
| DATA DI NASCITA | |
| RESIDENTE A | |
| VIA/PIAZZA | |
| DOC. IDENTITA' | |
| TELEFONO | |
| MAIL | |

Opzionale

NOMINO IN QUALITA' DI SUPPLENTE DEL FIDUCIARIO IL SIGNORE/LA SIGNORA

| | |
|------------------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |
| LUOGO DI NASCITA | |
| DATA DI NASCITA | |
| RESIDENTE A | |
| VIA/PIAZZA | |
| DOC. IDENTITA' | |
| TELEFONO | |
| MAIL | |

Opzionale

INTERVIENE COME TESTIMONE IL SIGNORE/LA SIGNORA

| | |
|------------------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |
| LUOGO DI NASCITA | |
| DATA DI NASCITA | |
| RESIDENTE A | |
| VIA/PIAZZA | |
| DOC. IDENTITA' | |
| TELEFONO | |
| MAIL | |

**LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE
IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA/E DICHIARAZIONE/I**

li _____

Firma del Sottoscrittore

Documento di identità _____

Firma del Fiduciario

Documento di identità _____

OPZIONALE

Firma Supplente del fiduciario

Documento di identità _____

Firma del Testimone

Documento di identità _____