

Testamento biologico
DAT – Disposizioni anticipate di trattamento
Art. 4 – Legge 22 dicembre 2017, n. 2019

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n° _____ c.a.p. _____

comune _____ prov. _____

tel. _____

e-mail _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso il sottoscritto necessiti di cure mediche.

Voglio Non voglio essere informato sul mio **stato di salute**, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;

Voglio Non voglio essere informato sulle mie **aspettative di vita**, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;

Voglio Non voglio essere informato su **vantaggi e rischi degli esami diagnostici e delle terapie** anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;

Nel caso decidessi di non essere informato in relazione a quanto sopra indicato, delego a essere informato e a decidere in mia vece il/la sig/ra:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n° _____ c.a.p. _____

comune _____ prov. _____

tel. _____

e-mail _____

Inoltre autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Disposizioni

Dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche dispongo, in caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni, queste indicazioni in merito ai seguenti trattamenti sanitari:

Le disposizioni sopraindicate perderanno di validità se, ripresa coscienza, il sottoscritto decidesse di annullarle o sostituirle.

Nomina fiduciario

Qualora io perdessi la capacità 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 carta, il/la sig/ra:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n° _____ c.a.p. _____

comune _____ prov. _____

tel. _____

e-mail _____

il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario.

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario _____

Nomina fiduciario sostitutivo

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario fosse nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito il/la sig./ra:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n° _____ c.a.p. _____

comune _____ prov. _____

tel. _____

e-mail _____

il quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario sostitutivo.

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario sostitutivo _____

Data _____

Firma del disponente _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni:

Data _____

Firma del disponente _____

Allegare copia dei documento d'identità del disponente e dei fiduciari