

# Dichiarazioni di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

## Testamento Biologico

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ (sigla prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

e residente a GARLENDIA (SV), in Via:

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

### **visti**

- l'art. 32, secondo comma, della Costituzione Italiana (*“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*);
- l'art. 9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n.145 del 28/03/2001,

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

### **dichiaro**

di voler esercitare il mio diritto di scelta o di rifiuto delle diverse possibilità di trattamento sanitario, attraverso le volontà da me qui espresse anticipatamente.

A tale scopo, nel caso in cui io venissi a necessitare di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o nell'impossibilità di comunicare personalmente le mie decisioni ai medici,

- qualora io fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, oppure da una malattia o lesione cerebrale totalmente invalidante e irreversibile, o ancora se fossi in uno stato di permanente incoscienza (come in caso di coma o analoghi stati vegetativi permanenti)
- e qualora tale situazione clinica venisse ritenuta dai medici configurare il carattere dell'irreversibilità

### **dispongo che**

siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso l'uso di farmaci oppiacei, anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita,

### **e richiedo espressamente che**

non vengano intraprese nei miei confronti misure di prolungamento artificiale della vita,

**comprese quelle di nutrizione e idratazione artificiale** (: cancellare se diversamente desiderato) se, secondo la migliore scienza e conoscenza medica, tali misure possano solamente dilazionare la mia morte.

### **Dispongo inoltre che**

- non mi sia data assistenza religiosa;
- mi sia data assistenza religiosa di confessione: \_\_\_\_\_;
- I miei organi  siano  non siano donati per trapianti ;
- Il mio corpo  sia  non sia utilizzato per scopi scientifici o didattici;
- Il mio funerale avvenga in forma :  civile  religiosa secondo la confessione di fede da me professata;
- Il mio corpo  sia cremato e le mie ceneri  siano  non siano disperse  non sia cremato.

### **Dispongo ancora che**

(Eventuali dichiarazioni aggiuntive) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al fine di rendere esecutive le suddette disposizioni e di rendere possibile l'assunzione in mia vece delle altre decisioni che fossero necessarie, nonché ai fini della designazione di un amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 c.c., ovvero della indicazione di un tutore, ed in ogni caso per ogni effetto di legge

### **designo come mio fiduciario**

il Signore / la Signora \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (sigla prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
e residente a \_\_\_\_\_ (sigla prov. \_\_\_\_\_), in Via:  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il quale/la quale sottoscrive qui di seguito per accettazione dell'incarico:

Firma.....

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo:

il Signore / la Signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (sigla prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
e residente a \_\_\_\_\_ (sigla prov. \_\_\_\_\_), in Via:  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il quale/la quale sottoscrive qui di seguito per accettazione dell'incarico:

Firma.....

La persona fiduciaria o delegata a sostituirla dovrà prendere al mio posto tutte le decisioni relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà rispettare la mia volontà e le mie aspettative qui lasciate per iscritto, opponendosi a qualsiasi trattamento che le contraddicano. Potrà prendere in visione la mia cartella clinica e autorizzare la sua consegna a terzi. A questo fine sciolgo dal segreto professionale nei confronti della persona qui da me designata come fiduciaria e nei confronti di quella da me delegata a sostituirla, chiunque sia tenuto al medesimo.

Resta inteso che queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con una successiva disposizione, che si sostituirà in tutto o in parte alle precedenti, annullandole.

Queste mie volontà sono prodotte in 4 copie originali che vengono depositate presso di me, presso la persona da me designata come fiduciaria, presso la persona da me delegata come sostituta e, in busta sigillata, presso il Comune di Garlenda, Servizi Demografici per l'iscrizione nell'apposito Registro e conservazione della busta contenente la dichiarazione.

Sottoscritto: in fede.....

Ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine delle attività espletate nel mio interesse

Sottoscritto: in fede.....

Garlenda, li .....

Firma della persona fiduciaria.....

Firma del delegato alla sostituzione.....

Testi:

1)..... 2).....

In fede: ..... In fede .....