

# TESTAMENTO BIOLOGICO

(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

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

## CONSENSO INFORMATO

- Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
- Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
- Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il signor \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- Autorizzo i medici curanti a informare le seguenti persone:

## DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero
- Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero
- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero
- Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
- 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
- Non siano continuati 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

## DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

Siano intrapresi tutti i provvedimenti 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

Non siano intrapresi tutti i provvedimenti 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

Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva

Voglio essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva

Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente

Altre disposizioni personali:

---

---

---

## 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 signor

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016.

In fede, \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

PER ACCETTAZIONE  
(Firma Fiduciari)

---

---

**UFFICIO DELLO STATO CIVILE**

**DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Ricevute di avvenuta presa in carico DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento)

Cittadino a cui sono riferite le DAT \_\_\_\_\_

Ufficiale ricevente \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

*l'Incaricato*