

Al Sindaco del Comune di

CINQUEFRONDI

DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a
nato/a il a prov.
residente a prov.
indirizzo tel.
nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

(barrare la casella per esprimere la scelta)

1. ☐ Siano ☐ Non siano
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
2. ☐ Siano ☐ Non siano
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
3. ☐ Siano ☐ Non 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.
4. ☐ Siano ☐ Non 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 a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
5. ☐ Sia ☐ Non sia
praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
6. ☐ Voglio ☐ NON voglio
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
7. ☐ Voglio ☐ NON voglio

essere idratato o nutrito artificialmente.

8. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**

essere dializzato.

9. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

10. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**

che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

11. ☐ **Voglio** ☐ **NON voglio**

che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

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

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) (data)

In fede,

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io dovessi perdere 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 disposizione:

(cognome e nome)

nato/a il a prov.

residente a prov.

indirizzo tel.

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) (data)

In fede,

NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

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

(cognome e nome)

nato/a il a prov.

residente a prov.

indirizzo tel.

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) (data)

In fede,

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.