*Al Sindaco del Comune di*

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

|  |  |
| --- | --- |
| DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO | |
|  |  |

Io sottoscritt.... .................................................................................................................................................... nat.... il ................................. a ....................................................................................... prov. ......................... residente a ....................................................................................................................... prov. ......................... indirizzo ....................................................................................... tel. ................................................................. nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale liberta 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:

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

...l... 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 e di aver preso visione dell’informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

Pertanto,

**acconsente** all’invio di copia della presente dichiarazione alla Banca dati nazionale per le DAT;

**non acconsente** all’invio di copia della presente dichiarazione e comunica che la stessa è reperibile presso: ❑ questo ufficio di Stato civile - ❑ ......................................................................................................

*(luogo) .................................................................... (data) ........................................*

In fede, ............................................................

**NOMINA FIDUCIARIO**

Qualora io dovessi perdere la capacita 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. .....................................................................

...l... 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 e di aver preso visione dell’informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

*(luogo) .................................................................... (data) ........................................*

In fede, ............................................................

NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

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

(cognome e nome) ............................................................................................................................................. nato/a il ............................... a .............................................................................................. prov. ................... residente a ............................................................................................................................ prov. ................... indirizzo ................................................................................... tel. .....................................................................

...l... 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 e di aver preso visione dell’informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

*(luogo) .................................................................... (data) ........................................*

In fede, ............................................................

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