

Al Sindaco del Comune di Tadasuni  
Via San Michele snc  
09080 Tadasuni

## DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 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 ed 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\_\_\_ sottoscritto/a dichiara di essere informato/a 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.

Tadasuni \_\_\_\_\_

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

(firma leggibile)

#### 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:

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, 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.

Tadasuni \_\_\_\_\_

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

(firma leggibile)

## 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:

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, 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.

Tadasuni \_\_\_\_\_

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

*(firma leggibile)*

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