

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**

iniziatì e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

2. **Siano** **Non siano**

iniziatì e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

3. **Siano** **Non siano**

iniziatì 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:

.....

.....

____1____ 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 dovesse 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. _____,

____1____ 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 SUPPLEMENTARE

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.