

**Fac-simile di testamento biologico, da utilizzare come spunto per la redazione del proprio
Il documento contiene alcuni dei possibili contenuti dell'atto
e l'accettazione contestuale del fiduciario**

**TESTAMENTO BIOLOGICO
(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____
tel _____,
nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle
decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

CONSENSO INFORMATO

1. ☐ Non voglio ☐ Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. 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 _____
3. ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4. ☐ Autorizzo i medici curanti ad 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:

1. ☐ 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.
2. ☐ 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.
3. ☐ 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:

1. ☐ Siano ☐ 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.
2. ☐ 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.

3. ☐ Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.

4. ☐ 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 _____

Data: _____

Il dichiarante

Il/I fiduciario/i

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196, e del nuovo Regolamento UE 679/2016.

Data: _____

Il dichiarante

Il/I fiduciario/i

**Fac-simile di testamento biologico senza nomina di fiduciario,
da utilizzare come spunto per la redazione del proprio.
Il documento contiene alcuni dei possibili contenuti dell'atto**

**TESTAMENTO BIOLOGICO
(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____
tel _____,
nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle
decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

CONSENSO INFORMATO

1. ☐ Non voglio ☐ Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. 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 _____
3. ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4. ☐ Autorizzo i medici curanti ad 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:

1. ☐ 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.
2. ☐ 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.
3. ☐ 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:

1. ☐ Siano ☐ 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.
2. ☐ 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.

3. ☐ Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.

4. ☐ Altre disposizioni personali:

Data: _____

Il dichiarante

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196, e del nuovo Regolamento UE 679/2016.

Data: _____

Il dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Fiduciario

(art.47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
prov. _____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____,
tel _____, email (eventuale) _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle conseguenze, anche penali, delle dichiarazioni mendaci, ai sensi e agli effetti dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445:

- di essere il fiduciario per il Testamento biologico redatto da:

Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ indirizzo _____, tel _____,
email (eventuale) _____

- di essere consapevole che, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del nuovo Regolamento UE 679/2016 il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti, con la conseguenza che:

- i dati conferiti con la presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni di volontà relative ai trattamenti sanitari, giusta delibera del Consiglio Comunale del 30.11.2018, n.37, e delle attività ad esso correlate e conseguenti;
- il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi o modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali;
- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;
- i dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi sopra richiamati. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di legge regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate nella presente istanza;
- i dati personali conferiti a seguito dell'iscrizione nel registro non saranno oggetto di diffusione;
- è possibile esercitare i diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196, "accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge";
- la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel registro;
- responsabile del trattamento è il Responsabile del Settore Amministrativo e Finanziario;
- responsabile del procedimento è il funzionario addetto ai servizi anagrafici.

CASALMORO, lì _____

Il fiduciario
