

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA  
PER I TRATTAMENTI SANITARI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessari di cure mediche.

**CONSENSO INFORMATO**

- 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
- 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 \_\_\_\_\_

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA  
PER I TRATTAMENTI SANITARI****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:

- 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.
- In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte)  Sì  non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
- Voglio  Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
- Voglio  Non voglio essere dializzato.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- 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 \_\_\_\_\_ n. 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 \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA RELIGIOSA**

- Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: \_\_\_\_\_
- Non desidero l'assistenza religiosa.
- Desidero  Non desidero un funerale.
- Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- Desidero un funerale non religioso.

**DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE**

- Autorizzo  Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
- Autorizzo  Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
- Dispongo che il mio corpo sia inumato.
- Dispongo che il mio corpo sia cremato.

Data: \_\_\_\_\_ In fede,

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003, al solo fine dell'iniziativa pubblica "sottoscrivere il tuo Testamento biologico".

Data: \_\_\_\_\_ In fede,