

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze di quanto mi appresto a disporre, rendo la seguente dichiarazione di volontà in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

**In caso di**

**A) - perdita permanente ed irreversibile della capacità di decidere (secondo le conoscenze medico/scientifiche del momento)**

**e/o**

**B) - di permanente ed irreversibile impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, in qualunque forma ed anche tramite l'ausilio di mezzi tecnologici,**

**formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari**

**dando atto che dette disposizioni perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle, modificarle o sostituirle.**

**dando atto, altresì, che il concetto di "irreversibilità" deve intendersi riferito allo stato delle conoscenze medico-scientifiche attuali del momento in cui si dovesse dare applicazione alle volontà espresse nel presente documento.**

### **AUTORIZZAZIONE AD INFORMARE**

Autorizzo i medici curanti ad informare del mio stato di salute e delle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e sulle possibili ed eventuali terapie da adottare, sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie, anche nel caso in cui fossi affetto da malattia grave e non guaribile le seguenti persone:

il/la signor/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico/ e-mail \_\_\_\_\_

il/la signor/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico/ e-mail \_\_\_\_\_

## DISPOSIZIONI GENERALI

In relazione ai casi qui di seguito elencati, così dispongo in relazione ai trattamenti medico/scientifici da praticare o non praticare:

### 1. (in caso di incoscienza permanente non suscettibile di recupero)

- Siano iniziati e/o continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
- Non siano iniziati e/o continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

### 2. (in caso di demenza avanzata non suscettibile di recupero)

- Siano iniziati e/o continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- Non siano iniziati e/o continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

### 3. (nella situazione di paralisi con incapacità totale ed irreversibile di comunicare)

- Siano iniziati e continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con irreversibile incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o in qualunque altra forma, grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
- Non siano iniziati e continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con irreversibile incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o in qualunque altra forma, grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

**Nelle ipotesi di cui sopra (punti 1, 2, 3)**

Voglio       Non voglio

che mi siano praticate **forme di respirazione meccanica**.

Voglio       Non voglio

essere **nutrito artificialmente**.

Voglio       Non voglio

essere **idratato 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**.

Voglio       Non voglio

che mi siano somministrate **terapie antibiotiche**.

**DISPOSIZIONI PARTICOLARI**

**da valere in tutti i casi**

dispongo inoltre 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.

In caso di **arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte)**

sia

non sia

praticata su di me **la rianimazione cardiopolmonare** se ritenuta possibile dai curanti.

## NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi in modo permanente ed irreversibile la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, designo mio rappresentante fiduciario allo scopo di garantirmi lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento,

il/la signor/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

In particolare, ed a titolo esemplificativo, il mio fiduciario potrà:

- rivolgersi all'autorità giudiziaria affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno, possibilmente nella sua persona, che abbia la specifica funzione di tutelare i miei interessi di natura non patrimoniale e di dare attuazione a queste mie volontà;
- rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente o connessa a queste mie volontà o relativa alla loro attuazione, ivi comprese tutte le eventuali impugnative e/o ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa e da lui trasmessa, con facoltà, ove necessario, di sollevare eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

**Autorizzo fin d'ora il Comune, il Ministero della Salute e chi verrà in possesso del presente documento al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi delle normative nazionali o comunitarie vigenti protempore, dando atto di aver visionato al momento della sottoscrizione le informative sul trattamento dei dati stessi come pubblicate nel sito internet dell'Amministrazione comunale e del Ministero della Salute.**

Dichiaro inoltre il mio  consenso  diniego  
**all'invio della copia della presente dichiarazione alla Banca Dati Nazionale delle DAT in seno al Ministero della Salute, da parte del Comune di Campofornido, con successiva notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella predetta Banca Dati Nazionale.**

Luogo, Data \_\_\_\_\_

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

(firma leggibile e per esteso)

segue parte riservata al fiduciario:

**PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A:**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

**ACCETTO**

la suddetta nomina come fiduciario/a e mi impegno a garantire le volontà espresse dal dichiarante nel presente documento, consapevole che l'incarico a me affidato può essere revocato in qualsiasi momento dal disponente senza obbligo di motivazione. Dichiaro altresì di essere consapevole che posso rinunciare alla presente nomina con successivo atto scritto da comunicare al disponente e al Comune di Campoformido.

Autorizzo **il Comune, il Ministero della Salute e chi verrà in possesso del presente documento** al trattamento dei miei dati personali ai sensi delle vigenti normative nazionali e comunitarie vigenti pro-tempore, dando atto di aver visionato al momento della sottoscrizione le informative sul trattamento dei dati stessi come pubblicate nel sito internet dell'Amministrazione comunale e del Ministero della Salute, anche con riferimento alla trasmissione alla Banca Dati Nazionale delle DAT dei dati e recapiti personali e della copia del presente documento.

Il fiduciario \_\_\_\_\_ (firma leggibile e per esteso)

**Allegare copia di documento di identità del disponente e dell'eventuale fiduciario**