

DIRETTIVE ANTICIPATE 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 necessitassi di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici.

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 iniziati e 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 iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

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 (stato vegetativo permanente) che secondo i medici sia irreversibile 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. In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte) ☐ Sia ☐ Non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

3. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

4. ☐ Voglio ☐ Non voglio essere nutrito artificialmente.

5. ☐ Voglio ☐ Non voglio essere idratato artificialmente.

6. ☐ Voglio ☐ Non voglio essere dializzato.

7. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

8. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue

9. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Approvate con deliberazione di
Giunta Comunale n. 25 del
30.4.2015

ALTRE DIRETTIVE

(lo spazio che segue può essere utilizzato per fornire altre indicazioni non contemplate nel formulario o definibili solo in modalità discorsiva, quali ad es. il desiderio o meno di assistenza religiosa, specificando la confessione, oppure indicazioni generali che siano di ausilio all'ottemperanza delle direttive stesse)

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/la signor/a.....

nato/a il..... a..... prov.....

residente a..... prov.....

indirizzo.....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.....

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario - per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia - sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo il/la signor/a.....

nato/a il..... a..... prov.....

residente a..... prov.....

indirizzo.....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.....

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. ☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
2. ☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
3. Dispongo che il mio corpo sia ☐ inumato ☐ cremato.
4. ☐ Desidero ☐ Non desidero un funerale religioso secondo la confessione di fede da me professata.

In fede,

.....
(da firmare davanti all'avvocato)

Ai sensi dell'art. 13 D. lgs. 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

.....
(da firmare davanti all'avvocato)

Allegato 2)

COMUNE DI PESCAGLIA
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

IL MIO TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio
(Ai sensi degli artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

La persona interessata a consegnare il proprio testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Pescaglia, è tenuta a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio alla presenza di un funzionario del Comune di Pescaglia.

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

sexso M. F. .

nato/a a il
(specificare anche lo Stato, se estero)

attualmente residente a PESCAGLIA in Via/Piazza

ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti del DPR 445/2000 (art.76)

- Di consegnare il mio testamento biologico in busta chiusa al Comune di Pescaglia e di averlo redatto in triplice copia: una che consegno in busta chiusa al Comune di Pescaglia, una rimarrà a me e l'altra verrà conservata dal mio fiduciario Sig./Sig.ra.....
- Di aver utilizzato solo ed esclusivamente l'apposito modello approvato dall'Amministrazione Comunale, integro in tutte le sue parti, senza aver apportato di propria iniziativa alcuna aggiunta, modifica o cancellazione, che potrebbe causare l'invalidamento del suo contenuto.
- Di aver inserito nella busta, insieme al testamento biologico, copia del mio valido documento di identità e copia del documento di identità del fiduciario, Sig./ Sig.ra e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- Di essere consapevole che, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) 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.

Pescaglia, il

Firma del dichiarante:

Estremi del Documento
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO
COMUNALE :

N°. _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra _____ di fronte al
funzionario del Comune di Pescaglia incaricato, mediante presentazione di valido documento di
identità, come sopra riportato.

Pescaglia, li

Firma e timbro del funzionario

COMUNE DI PESCAGLIA
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

IL MIO TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio
(Ai sensi degli artt. 28 e 47 D.P.R. 20.10.2005)

(Ai sensi degli artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il fiduciario della persona interessata a consegnare il proprio testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Pescaglia, è tenuto a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio alla presenza di un funzionario del Comune di Pescaglia.

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

sesso M. F.

nato/a ail
(specificare anche lo Stato, se estero)

Attualmente residente a in Via/Piazza

ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHILARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti del DPR 445/2000 (art.76)

- Di aver controfirmato il Testamento biologico redatto dal
Sig./Sig.ra.....

- Di essere consapevole che, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) 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.

Pescaglia, li

Firma del dichiarante:

Estremi del Documento
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO
COMUNALE :

N°. _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra.....
di fronte al funzionario del Comune di Pescaglia incaricato, mediante presentazione di valido
documento di identità, come sopra riportato.

Pescaglia, li

Firma e timbro del funzionario