



COMUNE DI QUATTRO CASTELLA
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



N. _____ progressivo di Registro. in data _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

la compilazione di ogni singola parte del presente modulo è facoltativa e la scelta tra le varie opzioni avviene barrando la relativa casella. Per avere piena consapevolezza delle disposizioni rese con la presente dichiarazione, si consiglia di consultare un medico di fiducia

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ tel _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria;

Autorizzo

i medici curanti ad informare dettagliatamente circa le mie condizioni di salute la seguente persona:
(cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ tel _____

DISPOSIZIONI GENERALI (barrare la casella per esprimere la scelta)

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 ai quali essere sottoposto, disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che detti trattamenti:

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 non suscettibile di recupero.

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

(cognome e nome) _____
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 (inserimento facoltativo)

(cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ tel _____

IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____
il _____

(luogo) _____ (data) _____

In fede, _____

per accettazione

IL FIDUCIARIO

(Nome e Cognome) _____ Documento di riconoscimento _____
nr. _____ rilasciato da _____ il _____

(luogo) _____ (data) _____

In fede, _____

IL FIDUCIARIO SUPPLENTE

(Nome e Cognome) _____ Documento di riconoscimento _____
nr. _____ rilasciato da _____ il _____

(luogo) _____ (data) _____

In fede, _____

N.B. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta in due originali (tre nel caso sia indicatoli fiduciario supplente), ognuno dei quali, unitamente alle fotocopie dei documenti di identità del dichiarante, del fiduciario e dell'eventuale fiduciario supplente, è inserito in una apposita busta, riportante all'esterno il numero e la data di registro. Successivamente le buste verranno chiuse e sigillate in presenza del dipendente incaricato dal Comune di Quattro Castella e consegnate una al Dichiarante, una al Fiduciario ed una all'eventuale Supplente. Al dichiarante sarà rilasciata inoltre attestazione dell'avvenuta registrazione del testamento biologico riportante la data ed il numero progressivo attribuito e annotato sul registro; tale attestazione verrà inoltre inviata a:

- **medico curante**
- **AUSL competente per territorio**
- **Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali**
- **Assessorato regionale alla sanità.**