

## DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI VOLONTA' SUI TRATTAMENTI SANITARI (TESTAMENTO BIOLOGICO)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_

Nel pieno possesso delle facoltà mentali, in totale libertà di scelta **Dispongo** quanto segue riguardo ai trattamenti sanitari sulla mia persona 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 e di altri sistemi artificiali che mi impediscano una normale vita di relazione, o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile.

### DISPOSIZIONI (barrare la casella prescelta)

#### Dispongo che:

**Siano**       **Non Siano**

intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

**Sia**       **Non Sia**

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio.

#### Dispongo inoltre che:

**Voglio**       **NON Voglio**

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

**Voglio**       **NON Voglio**

essere idratato o nutrito artificialmente.

**Voglio**       **NON Voglio**

essere dializzato.

Altro.....

**Luogo e data**

**Firme**

\_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_

**Il Fiduciario**

\_\_\_\_\_

**Il Fiduciario Supplente**

\_\_\_\_\_