

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

(ai sensi della Legge 219/17)

Io sottoscritto..... Nato a il

Residente a..... in via n

Documento d'identità n°Codice fiscale.....

con il presente atto dichiaro di essere ben conscio che gli attuali enormi progressi della scienza medica sono in grado di prolungare la vita fisica ben oltre i limiti fino a poco tempo fa conosciuti. Tuttavia non ritengo che la vita fisica, senza alcuna componente spirituale o intellettuale, possa essere considerata vita nel senso compiuto del termine.

Pertanto, nel pieno possesso delle mie facoltà di intendere e volere, dichiaro che, qualora i "provvedimenti di sostegno vitale" che mi fossero applicati a seguito di una situazione (provocata da infortunio o malattia) in cui io abbia perso la capacità di relazionarmi coscientemente con il mondo esterno non facessero ragionevolmente prevedere nessun miglioramento, esprimo sin d'ora la mia volontà affinché essi vengano interrotti. Questa mia volontà è in accordo con l'art. 32 della Costituzione Italiana, con la convenzione di Oviedo e con le disposizioni della legge 219/17.

Dichiaro di **ACCONSENTIRE** **NON ACCONSENIRE**

a che mi venga praticata la sedazione profonda terminale, qualora le condizioni cliniche lo consigliassero.

Resta inteso che sarà mia facoltà modificare in ogni momento nel futuro queste mie disposizioni, purché in forma scritta.

Nomino fiduciario per l'esecuzione di queste mie volontà il sig.....

documento d'identità n°che riceve copia delle stesse e controfirma per accettazione.

Firma del fiduciario.....

Dichiaro altresì di **RINUNCIARE** **NON RINUNCIARE**

a conoscere le mie condizioni di salute ovvero ad essere informato in modo completo ed aggiornato riguardo alla diagnosi, alle prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia dei medesimi.

In caso di rinuncia nomino

IL FIDUCIARIO

UN MIO FAMILIARE NELLA PERSONA DI.....

Documento d'identità n°.....

a ricevere e ad esprimere il consenso in mia vece.

Con il presente atto dispongo anche la donazione dei miei organi

NO **SI**

Data.....

FIRMA.....