
Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

**Al Comune di Quarrata
Ufficio Stato Civile**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____
di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

Visti:

- l'art. 32 della Costituzione Italiana (*"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*);
- l'art. 9 della *Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina* stipulata ad Oviedo il 4/4/1997 e ratificata in Italia con la legge n.145 del 28/3/2001;
- l'art. 16 del Codice deontologico dell'Ordine dei medici sull'astensione all'accanimento diagnostico-terapeutico;
- la legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

nel caso in cui fossi in condizioni di salute tali da compromettere la mia capacità di intendere e di volere (malattia allo stadio terminale, totalmente invalidante e irreversibile, o in stato di permanente incoscienza) e la mia situazione clinica venisse ritenuta irreversibile dai medici

DISPONGO QUANTO SEGUE

- **Scelta per i trattamenti sanitari (ovvero nutrizione e idratazione artificiale):**

- **Scelta in merito ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari**

altre eventuali disposizioni: _____

Allo scopo di attuare le volontà espresse nella presente dichiarazione e di rappresentarmi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie

NOMINO COME FIDUCIARIO/A

il/la sig./ra _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|
di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

NOMINO COME SOSTITUTO DEL FIDUCIARIO

il/la sig./ra _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|
di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva Dichiarazione di volontà, che annulla le precedenti.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data.....Firma del/la dichiarante.....

PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A:

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
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.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data.....Firma del/la fiduciario/a.....

PARTE RISERVATA AL/LA SOSTITUTO/A DEL FIDUCIARIO/A:

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

ACCETTO

la suddetta nomina come sostituto/a del 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.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data.....Firma del/la fiduciario/a.....