Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

Al Comune di Gabicce Mare
Ufficio Stato Civile

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|_____|

di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____

in via/piazza_____ n. _____ C.A.P._____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono_____ Cellulare_____ 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._____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono_____ Cellulare_____ 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 di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

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

PARTE RISERVATA AL/LA FIDUCIARIO/A:

Io sottoscritto/a_____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|_____|

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono_____ Cellulare_____ 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 di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale la presente dichiarazione viene resa.

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

La presente Dichiarazione deve essere scritta in forma leggibile e consegnata <u>PERSONALMENTE</u> all'Ufficio con allegata copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del fiduciario a: Ufficio di Stato Civile – Via C.Battisti n. 66 - Orari: dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 13.30–tel. 0541 820631/32