

TESTAMENTO BIOLOGICO

DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' DEI TRATTAMENTI DI NATURA MEDICA

Io sottoscritto signor/lo sottoscritta signora:

Cognome e nome _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
residente in _____ Via/Piazza _____ tel, _____
codice fiscale _____ documento di identità - carta identità/
patente / tessera sanitaria / _____ data ril. _____ n.
_____ Autorità _____ qualora versassi in una delle

seguenti condizioni

- I - malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e/o invalidante
- II - malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine e/o sistemi artificiali che mi impediscano una normale vita di relazione
- III - malattia allo stato terminale

stato da accertare come segue:

I - in ogni caso, qualora ancora capace di intendere e di volere, per dichiarazione mia, anche orale;

II - se incapace di esprimere una mia volontà

- attraverso giudizio insindacabile di _____ nato a il _____ residente
- attraverso giudizio del medico dott. _____ di _____
- attraverso giudizio, a maggioranza di una commissione formata come segue
a) _____ b) _____ c) _____

DICHIARO ORA QUANTO SEGUE

Opzione 1

-A-

- desidero ed autorizzo trattamenti analgesici, anche qualora detti trattamenti possano abbreviare la mia vita;
- rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine;
- rifiuto qualsiasi trattamento terapeutico attivo, (antibiotici, trasfusioni, rianimazione, cardiopolmonare, emodialisi) qualora fossi affetto da malattie croniche invalidanti che possano abbreviare la mia vita.

Opzione 2

-A-

- delego ogni e qualsiasi decisione al mio fiduciario o fiduciari (congiuntamente), sotto indicati, previa loro

accettazione;

-B-

- rifiuto anche esplicitamente
- accetto esplicitamente

di essere sottoposto ad alimentazione e/o idratazione artificiale e/o forzata, qualora non fossi in grado di assumere cibo e/o bevande.

Autorizzo la donazione degli organi
Desidero essere cremato.

SI
 SI

NO
 NO

Le volontà sopra espresse sono integrate dalle seguenti prescrizioni/condizioni.

La durata di quanto manifestato è fissata

- fino a nuova diversa dichiarazione;
- in anni _____ a decorrere da oggi, dopo di che, se non rinnovate, devono essere ritenute inesistenti.

A questo mio documento si potrà accedere

I - sempre, su mia espressa autorizzazione, scritta;

In caso di impossibilità di manifestazione della volontà, di incapacità totale o ridotta capacità di intendere e di volere, (incapacità da attestarsi da medico), da/ o dopo trascorsi, dallo stato di incapacità

- subito un mese tre mesi un anno _____

Potrò accedere a questo documento (ed a questi ne verrà consegnata una copia autentica mentre l'originale verrà trattenuto dal Consiglio Notarile, salvi obblighi di legge)

- il coniuge e qualsiasi mio parente in linea retta (anche singolarmente);
- il convivente;
- la persona a me legata da unione civile;
- il sig. la sig.ra _____
- qualsiasi mio parente o affine entro il terzo grado (anche singolarmente);
- chiunque, persona fisica, giuridica, associazione o altro, che ne abbia interesse (e senza necessità di dimostrarlo)

L'incapacità che darà luogo all'accertamento delle condizioni di applicabilità delle presenti dichiarazioni, dovrà essere presente da

- un mese tre mesi sei mesi un anno
- due anni _____ cinque anni _____

E' fatta salva la possibilità per il medico incaricato dei trattamenti e della cura del disponente, atteso sempre il consenso necessario e ponderato del fiduciario, di disattendere le previsioni delle D.A.T. (Dichiarazioni

anticipate di trattamento), qualora esistano cure e trattamenti, sconosciuti od inesistenti al tempo del confezionamento delle presenti dichiarazioni, che possano garantire un miglioramento e benefici sensibili e non palesemente inutili per il paziente, o qualora le D.A.T. siano incongrue o non corrispondenti alla situazione attuale, fermo, in caso di disaccordo o conflitto tra medico e fiduciario, il ricorso al giudice tutelare, su istanza dei
soggetti
interessati.

Il Fiduciario al quale affido la sorveglianza sulle mie volontà

Cognome e nome _____
luogo di nascita _____ Prov. _____ data di nascita ____
residente in _____ Prov. _____ Via _____ tel. _____
codice fiscale _____ documento di identità _____
dat ril. _____ n. _____ Autorità _____

Firma dell'eventuale fiduciario

luogo

_____ data

il dichiarante

**AUTENTICA DI FIRMA
REPUBBLICA ITALIANA**

Il giorno

in _____ alla Via

io Dott. _____ Notaio iscritto nel Ruolo dei Distretti Notarili Riuniti di Potenza, Lagonegro,
Melfi e Sala Consilina, residente in _____ con studio alla Via

CERTIFICO

che è stata apposta alla mia presenza in calce al presente atto la firma vera e autentica di:

Della cui identità personale io notaio sono certo

Potenza, lì.