

## MODELLO 1

Al Sindaco del Comune di  
Volongo (Cr) - Via Cavour n. 8

### DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

#### SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

*(barrare la casella per esprimere la scelta)*

1.  **Siano**  **Non siano**

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

2.  **Siano**  **Non siano**

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

3.  **Siano**  **Non siano**

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

4.  **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 a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

5.  **Sia**  **Non sia**

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).

6.  **Voglio**  **NON voglio**

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

7.  **Voglio**  **NON voglio**

essere idratato o nutrito artificialmente.

8.  **Voglio**  **NON voglio**

essere dializzato.

9.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

10.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

11.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

### **NOMINA FIDUCIARIO**

Qualora io dovessi perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente disposizione:

(cognome e nome) .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

## NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito:

(cognome e nome) .....

nato/a il ..... a ..... prov. ....

residente a ..... prov. ....

indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.