

Dichiarazione di Volontà Anticipate per i Trattamenti Sanitari - D.A.T. -

Al Comune di Pontassieve
Ufficio Stato Civile
Via Tanzini n. 30 – 50065 Pontassieve

Io sottoscritto/a _____

nato/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 e sulla biomedicina stipulata ad Oviedo il 04.04.1997 e ratificata in Italia con la Legge n. 145 del 28.03.2001;
- 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 indico la o le seguente/i persone di mia fiducia:

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

La presente Dichiarazione deve essere scritta in forma leggibile e consegnata PERSONALMENTE all'Ufficio con allegata copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del fiduciario a:

Ufficio di Stato Civile – Via Tanzini n. 30 - 50065 Pontassieve - orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30, il martedì e giovedì anche il pomeriggio dalle ore 15,15 alle ore 17,45.

INOLTRE, DICHIARO CHE

- **Al momento della mia morte:**

- Voglio l'assistenza religiosa
- Non voglio l'assistenza religiosa

- **Voglio che il mio funerale avvenga nelle seguenti forme:** _____

- **Il mio corpo:**

- Può essere utilizzato ai fini di una donazione organi
- Non può essere utilizzato ai fini di una donazione organi

- **Al momento della mia morte**

- Voglio essere cremato
- Non voglio essere cremato

Luogo e data

Firma del/la dichiarante

NOMINO FIDUCIARIO/A DELEGATO

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, sopra nominato, sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il/ la Sig.

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

il ____/____/____ di nazionalità _____, residente a _____

_____ Provincia _____ in via/piazza _____

_____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

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 o disponente

ACCETTAZIONE FIDUCIARIO DELEGATO

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

il ____/____/____

sopra generalizzato nel pieno possesso della capacità di intendere e di volere

ACCETTO

la suddetta nomina come fiduciario delegato 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 Fiduciario delegato
