

Allegato B

Dichiarazione anticipata di volontà per i Trattamenti Sanitari

Io Sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____,

Nato/a a _____ il _____

Residente in Cinisello Balsamo, Via _____

Documento di riconoscimento (specificare tipo e numero) _____

Rilasciato da _____ Il _____

Nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta dispongo quanto segue:

qualora in futuro dovessi trovarmi in una condizione di incapacità e di impossibilità ad esprimere il mio diritto ad **acconsentire** o **non acconsentire** alle cure sanitarie proposte dai medici, per effetto di una malattia o di una lesione traumatica cerebrale irreversibile ed invalidante, o di una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione o uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo):

(scegliere tra le seguenti opzioni)

☐ DI ESSERE

☐ DI NON ESSERE

sottoposto a trattamenti terapeutici o di sostegno (alimentazione ed idratazione forzata), se secondo scienza e coscienza medica viene verificato che qualsiasi misura di sostegno vitale sarebbe senza prospettiva di miglioramento e prolungherebbe soltanto la mia agonia.

Disposizioni particolari:

Autorizzo/a la donazione dei miei organi per trapianti ☐ sì ☐ no

Le presenti volontà potranno essere revocate o modificate, **da me**, in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i.

Firma- _____ -

Cinisello Balsamo, _____

Nomino mio rappresentante fiduciario il/la Signor/a:

Nome e Cognome _____, nato/a a
_____ il _____

Residente a _____

Titolare del documento _____,
numero _____ - rilasciato da _____
il _____;

che si impegna a garantire il rispetto delle mie volontà, espresse nel presente documento, qualora perdessi la capacità di decidere e comunicare le mie decisioni.

Firma del sottoscrittore _____

Firma del Fiduciario _____