

## Disposizioni Anticipate di Trattamento

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo in merito alle decisioni da assumere, nel caso necessiti di cure mediche, avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, quanto segue.

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo i medici curanti ad informare sul mio stato di salute, sulle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, le seguenti persone:

Nominativo _____	codice fiscale _____
Nominativo _____	codice fiscale _____
Nominativo _____	codice fiscale _____
Nominativo _____	codice fiscale _____

*Nel caso di mancata indicazione, lascio ogni decisione ai medici curanti.*

### DISPOSIZIONI GENERALI

Qualora la mia capacità di autodeterminarmi risultasse irreversibilmente compromessa a causa di una malattia associata a un grave disturbo cognitivo, dispongo che:

- in caso di arresto cardio-respiratorio si pratici la rianimazione cardiopolmonare ☐ SI - ☐ NO
- si praticino forme di respirazione meccanica ☐ SI - ☐ NO
- si pratici idratazione artificiale ☐ SI - ☐ NO
- si pratici nutrizione artificiale ☐ SI - ☐ NO
- si pratici dialisi ☐ SI - ☐ NO
- si praticino interventi di chirurgia d'urgenza ☐ SI - ☐ NO
- si praticino trasfusioni di sangue ☐ SI - ☐ NO
- si somministrino terapie antibiotiche ☐ SI - ☐ NO

Nella condizione di cui sopra e a seguito delle precedenti scelte terapeutiche, dispongo che:

- si ricorra alla sedazione palliativa profonda continua al fine di escludere -attraverso la somministrazione dei farmaci- che io possa avvertire dolore nel tempo residuo della mia vita ☐ SI - ☐ NO

### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, dispongo che:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## NOMINA FIDUCIARIO

Qualora la mia capacità di autodeterminarmi risultasse irreversibilmente compromessa a causa di una malattia associata a un grave disturbo cognitivo, nomino mio rappresentante fiduciario ai sensi della legge 219/2017, il/la signor/a:

Nominativo \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residentea \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_  
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Nominativo \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residentea \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_  
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Conferisco al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

Per accettazione (*firma fiduciario*) \_\_\_\_\_

## DONAZIONE DEL CORPO ALLA RICERCA

*Ai sensi della legge 10/2020*

• Autorizzo la donazione del mio corpo e dei miei tessuti post mortem a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica. Delego inoltre il fiduciario precedentemente nominato alla comunicazione della mia volontà al medico che accerta la morte per l'attivazione delle procedure previste dalla legge. ☐ SI - ☐ NO

## AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLE DAT ALLA BANCA DATI NAZIONALE

• Autorizzo la trasmissione della presente DAT all'interno della Banca Dati Nazionale per la registrazione delle DAT istituita presso il Ministero della Salute. ☐ SI - ☐ NO

Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_