

COMUNE DI ISOLA DEL GIGLIO

TESTAMENTO BIOLOGICO

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via / piazza _____ : _____ n. _____

telefono abitazione _____ cellulare _____

e-mail _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

.....

CONSENSO INFORMATO

- 1. Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
- Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile

2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e a decidere in mia vece:

Nominativo _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via / piazza _____ : _____ n. _____

telefono abitazione _____ cellulare _____

e-mail _____

3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

DISPOSIZIONI GENERALI

COMUNE DI ISOLA DEL GIGLIO

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero
 2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
 3. 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
 Non siano iniziati e continuati 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
-

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'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 che:

1. Siano intrapresi tutti i provvedimenti 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
 Non siano intrapresi tutti i provvedimenti 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.
2. In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)
 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti
 non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti
3. Voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
 Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
4. Voglio essere idratato o nutrito artificialmente
 Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente
5. Voglio essere dializzato
 Non voglio essere dializzato
6. Voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
 Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

COMUNE DI ISOLA DEL GIGLIO

7. Voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
 Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
8. Voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche
 Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi 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 carta:

Nominativo _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via / piazza _____ : _____ n. _____
telefono abitazione _____ cellulare _____
e-mail _____

Il sottoscritto conferisce al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarlo in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto.

.....
ASSISTENZA RELIGIOSA

1. Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione
 Non desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione
2. Desidero un funerale
 Non desidero un funerale
3. Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata
4. Desidero un funerale non religioso

.....
DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti
 Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti
2. Autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici
 Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici

COMUNE DI ISOLA DEL GIGLIO

3. Dispongo che il mio corpo sia inumato/cremato

.....
Dichiaro di aver barrato n. ____ caselle.

.....
Isola del Giglio, li _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai fini dell'iscrizione e conservazione nel Registro dei Testamenti Biologici del Comune di Isola del Giglio , ed alle finalità previste dalle relative norme regolamentari.

Isola del Giglio, li _____

Firma _____
.....

COMUNE DI ISOLA DEL GIGLIO

ACCETTAZIONE FIDUCIARIO

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via / piazza _____: _____ n. _____

telefono abitazione _____ cellulare _____

e-mail _____

- 1 letto e compreso le Norme Regolamentari per la tenuta del Registro dei Testamenti Biologici del Comune di Isola del Giglio;
- 2 letto il testamento biologico contenuto nel presente atto e compresa la volontà espressa dal dichiarante, sig./sig.ra _____ di conferirmi l'incarico di suo fiduciario;

DICHIARO

di accettare senza alcuna riserva l'incarico di fiduciario conferitomi.

Isola del Giglio, li _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai fini dell'iscrizione e conservazione nel Registro dei Testamenti Biologici del Comune di Isola del Giglio, ed alle finalità previste dalle relative Norme Regolamentari.

Isola del Giglio, li _____

Firma _____