

TESTAMENTO BIOLOGICO
(dichiarazione anticipata di volontà relativa ai trattamenti sanitari) (1)

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n. _____ rilasciato il _____

dal Comune di _____ (allegato in copia)

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta,

DISPONGO

in caso di:

- **malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile**
- **malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione,**

di non essere sottoposto:

- **ad alcun trattamento terapeutico**
- **ad idratazione, alimentazione e ventilazione forzate ed artificiali.**

DISPONGO inoltre

ALTRO: _____

ULTERIORI DISPOSIZIONI:

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** la donazione dei miei organi per trapianti.

NOMINO quale mio fiduciario il signore/la signora
(uno o due a scelta del dichiarante):

1) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Recapito/i telefonico/i _____ documento d'identità n. _____

rilasciato il _____ dal Comune di _____ (allegato in copia)

2) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Recapito/i telefonico/i _____ documento d'identità n. _____

rilasciato il _____ dal Comune di _____ (allegato in copia)

**NOMINO, in caso d'impossibilità del fiduciario suindicato,
il signor/la signora sotto indicato/a quale fiduciario supplente:**

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Recapito/i telefonico/i _____ documento d'identità n. _____

rilasciato il _____ dal Comune di _____ (allegato in copia)

DICHIARO

che le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in qualsiasi momento.

Data _____

Firma del dichiarante _____

Firma del fiduciario per accettazione _____

Firma del fiduciario supplente per accettazione _____

(1) La presente dichiarazione deve essere redatta e firmata in triplice copia e corredata della fotocopia del documento di identità dei sottoscrittori.

INDICAZIONI E DATI DA RIPORTARE SULLA BUSTA

TESTAMENTO BIOLOGICO DI _____ (nome e cognome del dichiarante)

All'Ufficio Protocollo
del Comune di Albenga
Piazza San Michele 17
17031 ALBENGA (SV)

DICHIARANTE _____ (nome e cognome)

Luogo e data di nascita _____

Residenza (città e indirizzo) _____

FIDUCIARIO (che detiene secondo originale)

1) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza (città e indirizzo) _____

2) Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza (città e indirizzo) _____

FIDUCIARIO SUPPLENTE (se nominato)

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza (città e indirizzo) _____

Dati di chi detiene terzo originale

NOTAIO _____

Indirizzo _____

oppure

FAMIGLIA _____

Indirizzo _____