

TESTAMENTO BIOLOGICO
da compilare in ogni sua parte
e firmato sia dal dichiarante sia dal fiduciario/i
(la busta chiusa va consegnata ai competenti uffici del Comune di Casoria)

Alla mia famiglia, al fiduciario da me nominato, ai medici curanti ed a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza :

Io sottoscritto/a
nato/a a prov il
codice fiscale
residente a in

nel pieno possesso delle mie capacità mentali , in totale libertà di scelta, dichiaro e chiedo che nessun trattamento sanitario debba essere iniziato senza il mio esplicito consenso ed, ancor più, che, in caso di mia prolungata e\od irreversibile perdita di coscienza, alcun intervento medico, chirurgico e\o strumentale debba essere intrapreso e mantenuto. In modo esplicito , nel rispetto dei miei principi , **non autorizzo alcun atto di mantenimento in vita se :**

- a seguito di accidente cerebrale grave ed imprevedibile (traumatico , metabolico, ipossico, emorragico, ischemico), dopo i primi soccorsi e la eventuale stabilizzazione della condizione clinica, dovesse evidenziarsi un danno encefalico esteso ed irreversibile ;
- a seguito di malattia encefalica e\o midollare (primitiva , secondaria, cronico degenerativa) dopo tutte le cure mediche e riabilitative attuabili , si pervenga ad una perdita totale ed irrecuperabile delle capacità relazionali;

entrambe le condizioni verificate da due medici, di cui uno esperto nella patologia prevalente.

Ancora precisando le mie volontà dichiaro che, sopravvenendo quelle condizioni cliniche che dovessero determinare il prolungamento del mio morire; il mantenimento di uno stato di incoscienza; il mantenimento di uno stato di demenza; la totale paralisi con incapacità a comunicare, **non autorizzo alcuna delle seguenti procedure sanitarie** : intervento chirurgico in urgenza, ventilazione assistita, rianimazione cardio-polmonare, dialisi, trasfusioni, terapia antibiotica, alimentazione ed idratazione in qualunque modo somministrate.

Non richiedo in nessun caso la eutanasia ma, ove indicata, la sedazione palliativa per controllare sintomi e dolori altrimenti non dominabili.

Nomino mio/miei rappresentante/i fiduciario/i il/i Signor/la/e Signora

-
.....
- nato/a a prov il
.....
- codice fiscale
.....
residente a in

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione.

Il dichiarante ed il fiduciario/i acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, al fine dell'inserimento e della conservazione della presente dichiarazione nel Registro istituito presso il Comune di Casoria.

In fede.

Casoria, li.....

firma del dichiarante

.....

firma del fiduciario

.....

firma del fiduciario

.....

documenti d'identità allegati

n..... del
rilasciato da.....

n..... del
rilasciato da.....

n..... del
rilasciato da.....