DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Testamento biologico · art. 4 L. 219/2017

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (art. 4 della L. 22 dicembre 2017, n. 219)

Il/La sottoscritto/a (cognome)

Nome

Nato/a a

Prov.

Il

Codice fiscale

Residente a

Prov.

CAP

Via / Piazza e numero civico

maggiorenne e capace di intendere e di volere, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, nel caso in cui mi trovassi in una condizione di incapacità di autodeterminarmi, dispongo quanto segue in materia di trattamenti sanitari.

Situazioni in cui valgono queste disposizioni: ☐ malattia inguaribile in fase terminale ☐ stato vegetativo permanente o di minima coscienza ☐ grave e irreversibile danno cerebrale o demenza avanzata ☐ altro (indicare sotto)

Trattamento	Accetto	Rifiuto	Note / condizioni

Nella tabella indicare, per esempio: rianimazione cardiopolmonare; ventilazione meccanica; nutrizione artificiale; idratazione artificiale; dialisi; trasfusioni; interventi chirurgici; antibiotici in fase terminale.

Chiedo in ogni caso: ☐ cure palliative e terapia del dolore ☐ sedazione palliativa profonda continua in caso di sofferenze refrattarie ☐ assistenza religiosa / spirituale ☐ di essere curato/a, se possibile, a domicilio

Altre disposizioni e volontà

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Fiduciario (cognome e nome)

Codice fiscale

Indirizzo e telefono del fiduciario

Fiduciario sostituto (facoltativo): nome, recapiti

Luogo e data

Il/La disponente (firma)

Accettazione del fiduciario: data

Firma del fiduciario per accettazione

Da consegnare personalmente all'ufficio di stato civile del Comune di residenza, o da redigere per atto pubblico o scrittura privata autenticata. Esenti da imposta di registro, bollo e ogni altro tributo (art. 4, c. 6, L. 219/2017). Revocabili e modificabili in ogni momento con le stesse forme.