

## COMUNE DI PARTINICO

**Ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione Italiana,**

( **Articolo 32.** La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge)

io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Prov..... il.....

residente a Partinico (PA ) in ..... n.....

codice fiscale .....

documento d'identità.....

recapito telefonico.....

indirizzo e-mail.....

### DICHIARO SOLENNEMENTE:

con questo documento, che deve essere considerato come una vera e propria dichiarazione anticipata di volontà, il mio diritto, in caso di malattia, di scegliere tra le diverse possibilità di cura disponibili o anche di rifiutarle tutte, nel rispetto dei miei principi e delle scelte di seguito indicate. Intendo inoltre che le dichiarazioni contenute in questo documento abbiano valore anche nell'ipotesi in cui in futuro mi accada di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai miei medici curanti sulle scelte da fare riguardo ad una malattia.

A questi fini prevedo la nomina di n..... fiduciario/i che si impegna/no a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento e a cui affido anche il compito di informare gli Organismi Sanitari, l'Autorità Giudiziaria se ricorre il caso, ed il Settore Servizi Demografici –Ufficio di Stato Civile-del Comune diPartinico, del verificarsi delle condizioni che rendono necessario utilizzare la presente D.A.T., documento ritirabile dal/i medesimo/i fiduciario/i presso il Servizio Comunale citato.

### PERTANTO DELEGO

come mio **PRIMO FIDUCIARIO:**

nome e cognome .....

nato/a a ..... Prov.

residente a ..... Prov..... in

.....n.....

codice fiscale .....

documento d'identità.....

indirizzo e-mail

recapito telefonico

come mio eventuale **SECONDO FIDUCIARIO**:

nome e cognome .....

nato/a a ..... Prov.

residente a ..... Prov..... in .....  
.....n .....

codice fiscale .....

documento d'identità.....

recapito telefonico.....

indirizzo e-mail.....

## QUINDI DISPONGO E DICHIARO:

che qualora 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 considerata irreversibile dai medici, i trattamenti sanitari riguardanti la mia persona:

- 1)  siano  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)  voglio  NON voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
- 3)  voglio  NON voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
- 4)  altre disposizioni personali:

Le presenti volontà possono essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione nella quale espressamente si dia atto del superamento della precedente, indicandone gli estremi di data.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine dell'attuazione della mia volontà resa nella presente dichiarazione e dell'inserimento e della conservazione di copia della presente dichiarazione nell'apposito registro conservato presso il Settore Servizi Demografici – Ufficio di Stato Civile del Comune di Partinico..

Luogo e data .....

Il Dichiarante .....

Il/Il Fiduciario/i.....

## INOLTRE, DISPONGO E DICHIARO CHE:

### 1) al momento della mia morte:

- voglio l'assistenza religiosa della seguente confessione ....

- NON voglio l'assistenza religiosa;

**2) voglio che il mio funerale avvenga nelle seguenti forme:**

**3) in successione alla mia morte:**

- voglio essere cremato.
- NON voglio essere cremato.

Le presenti volontà possono essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione nella quale espressamente si dia atto del superamento della precedente, indicandone gli estremi di data.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine dell'attuazione della mia volontà resa nella presente dichiarazione e dell'inserimento e della conservazione di copia della presente dichiarazione nell'apposito registro conservato presso il Settore Servizi Demografici –ufficio di Stato Civile-del Comune di Partinico).

Luogo e data .....

Il Dichiarante .....

Il/i Fiduciario/i.....