ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI
PER LA LIBERTÀ DI RICERCA SCIENTIFICA

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____ documento _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo in merito alle decisioni da assumere, nel caso necessiti di cure mediche, avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, quanto segue.

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo i medici curanti ad informare sul mio stato di salute, sulle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, le seguenti persone:

Nominativo _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nominativo _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nominativo _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nominativo _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nel caso di mancata indicazione, lascio ogni decisione ai medici curanti.

DISPOSIZIONI GENERALI

Qualora fossi in una condizione di malattia giudicata irreversibile associata a grave disturbo cognitivo tale da compromettere le mie capacità di coscienza o giudizio o di comprensibile espressione, dispongo che:

- in caso di arresto cardio-respiratorio si pratichi la rianimazione cardiopolmonare ☐ SI - ☐ NO
- si pratichino forme di respirazione meccanica ☐ SI - ☐ NO
- si pratichi idratazione artificiale ☐ SI - ☐ NO
- si pratichi nutrizione artificiale ☐ SI - ☐ NO
- si ricorra alla sedazione profonda ☐ SI - ☐ NO
- si pratichi dialisi ☐ SI - ☐ NO
- si pratichino interventi di chirurgia d'urgenza ☐ SI - ☐ NO
- si pratichino trasfusioni di sangue ☐ SI - ☐ NO
- si somministrino terapie antibiotiche ☐ SI - ☐ NO

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, dispongo che:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario ai sensi della legge 219/2017, il/la signor/a:

Nominativo _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____ documento _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito il/la signor/a:

Nominativo _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____ documento _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Conferisce al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarlo in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da lui espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Data _____ In fede _____

Per accettazione *(firma fiduciario)*

_____ _____

Presto il mio consenso alla trasmissione delle mie DAT alla Banca dati nazionale per la raccolta e la conservazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento ☐ SI - ☐ NO

ASSISTENZA RELIGIOSA

- Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: _____
- Desidero un funerale. ☐ SI - ☐ NO
- Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata. ☐ SI - ☐ NO

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

Per dare piena validità a quest'ultima parte è bene rivolgersi al proprio Comune. Sono previste apposite procedure.

- Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianto. ☐ SI - ☐ NO
- Autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici. ☐ SI - ☐ NO
- Dispongo che il mio corpo sia inumato. ☐ SI - ☐ NO
- Dispongo che il mio corpo sia cremato. ☐ SI - ☐ NO

Data _____ In fede _____

Il presente modulo è stato realizzato dall'Associazione Luca Coscioni con il contributo di medici ed esperti legali. L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica si batte da anni per affermare i diritti umani e civili dei malati e di tutti. Puoi sostenere le nostre attività con una donazione o destinando il tuo 5x1000 indicando il codice 97283890586 nel riquadro "Sostegno del volontariato" nella pagina dedicata alla "SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF" della tua dichiarazione dei redditi. Per ulteriori informazioni www.associazionelucacoscioni.it/5x1000. Associazione Luca Coscioni - Via di San Basilio, 64 - 00187 Roma - info@associazionelucacoscioni.it - Tel. 06 64010848 - Fax. 06 23327248