

**TESTAMENTO BIOLOGICO**  
**da compilare in ogni sua parte**  
**e firmato sia dal dichiarante sia dal fiduciario/i**  
**(la busta chiusa va consegnata all'Ufficio dello Stato Civile del Comune di Chiusa Sclafani)**

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 Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

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/o irreversibile perdita di coscienza, alcun intervento medico, chirurgico e/o strumentale debba essere intrapreso e mantenuto. In modo esplicito, nel rispetto dei miei principi **autorizzo ogni atto di mantenimento in vita se / 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/autorizzo le 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 via \_\_\_\_\_.

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 Chiusa Sclafani.

In fede.

Chiusa Sclafani, li .....

firma del dichiarante

firma del fiduciario

firma del fiduciario

**documenti d'identità allegati**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

rilasciato da \_\_\_\_\_.

rilasciato da \_\_\_\_\_.

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

rilasciato da \_\_\_\_\_.