

## DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Io sottoscritt.....  
nat... il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

### SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

*(barrare la casella per esprimere la scelta)*

1.  **Siano**  **Non siano**  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
2.  **Siano**  **Non siano**  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
3.  **Siano**  **Non siano**  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
4.  **Siano**  **Non siano**  
intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative 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.
5.  **Sia**  **Non sia**  
praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
6.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
7.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere idratato o nutrito artificialmente.

8.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere dializzato.
9.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
10.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
11.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del Reg. (UE) n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione e di aver preso visione dell'informativa resa dal Ministero della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Reg. (UE) n. 2016/679 per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT.

Pertanto,

- acconsente** all'invio di copia della presente dichiarazione alla Banca dati nazionale per le DAT;
- non acconsente** all'invio di copia della presente dichiarazione e comunica che la stessa è reperibile presso:  questo ufficio di Stato civile -  .....

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

**Allegati: copia del codice fiscale e del documento d'identità in corso di validità del dichiarante.**