***MODELLO FAC SIMILE***

**TESTAMENTO BIOLOGICO**

Il documento dovrà essere firmato sia dal dichiarante che dal fiduciario/i

e la busta va consegnata aperta all’ ufficio Servizi Demografici del Comune di BRISSOGNE

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 …………………………………………………………………………………….

documenti d’identità allegato: n…………………. del ………………..…. rilasciato da…………………………….…………………

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\od irreversibile perdita di coscienza, alcun intervento medico, chirurgico e\o strumentale debba essere intrapreso e mantenuto.

In modo esplicito, nel rispetto dei miei principi, non autorizzo alcun atto di mantenimento in vita se:

ESEMPIO (da confermare/modificare)

**• 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 dovranno essere 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:**

**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 ……….………………………………………………………….

* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 nato/a a ………………………………………………………….. prov ………………… il …………………………….……….

 codice fiscale …………………………………………………………………..………………………………………………..……

 residente a …………………………………….………………… in ……………………………………………………………..….

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 Brissogne.

 In fede.

 Firma del dichiarante

 ….…........................................

BRISSOGNE, lì………………………….

firma del fiduciario ….........................................

firma del fiduciario …..........................................

documenti d’identità allegati:

n………………. del ……………. rilasciato da………………………

n………………. del ……………... rilasciato da……………………….

n………………. del ……………... rilasciato da………………………

Allegato

**DISPOSIZIONI FACOLTATIVE:**

**Familiari e/o persone da informare in caso di aggravamento delle condizioni cliniche del sottoscritto:**

* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 nato/a a ………………………………………………………….. prov ………………… il …………………………….……….

 codice fiscale …………………………………………………………………..………………………………………………..……

 residente a …………………………………….………………… in ……………………………………………………………..….

 recapito telefonico/mail: …………………………………………………………………………………………………………

* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 nato/a a ………………………………………………………….. prov ………………… il …………………………….……….

 codice fiscale …………………………………………………………………..………………………………………………..……

 residente a …………………………………….………………… in ……………………………………………………………..….

 recapito telefonico/mail: …………………………………………………………………………………………………………

**Trattamento salma ed esequie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Indicazioni post mortem:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 In fede.

 Firma del dichiarante

 ….…........................................

documenti d’identità allegati:

n………………. del ……………. rilasciato da………………………