



CITTA' DI SOMMA LOMBARDO
Provincia di Varese

D.A.T.
Dichiarazione
Fiduciaria

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

- Visti gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana,

io sottoscritto/a.....

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

residente a Somma Lombardo, Via..... n.....

codice fiscale.....

documento di identità n.....

recapito telefonico.....

indirizzo e-mail.....

Nella piena capacità di intendere e volere

AFFERMO SOLENNEMENTE

con questo documento, che deve essere considerato quale 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 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 nelle scelte da fare riguardo ad una malattia.

A questi fini prevedo la nomina di.....fiduciario/i (scrivere in lettere il numero di fiduciari che si nominano, ad es.: "uno", "due", "tre", ecc.) 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 ne ricorre il caso, il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo, del verificarsi delle condizioni che rendono necessario utilizzare la presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento, documento ritirabile dal/i medesimo/i fiduciario/i presso la Segreteria sopra citata.

come mio PRIMO FIDUCIARIO:

nome e cognome

PERTANTO DELEGO

Il Signornato/a a Prov.
..... ilresidente a Somma Lombardo, Via
.....n.....codice fiscale
documento di identità n.recapito
telefonico..... Indirizzo e-mail

come mio SECONDO FIDUCIARIO:

Il Signornato/a a Prov.
..... ilresidente a Somma Lombardo, Via
.....n.....codice fiscale
documento di identità n.recapito
telefonico..... Indirizzo e-mail

come miei ALTRI FIDUCIARI:

⇒Il Signornato/a a Prov.
..... ilresidente a Somma Lombardo, Via
.....n.....codice fiscale
documento di identità n.recapito
telefonico..... Indirizzo e-mail

⇒Il Signornato/a a Prov.
..... ilresidente a Somma Lombardo, Via
.....n.....codice fiscale
documento di identità n.recapito
telefonico..... Indirizzo e-mail

⇒Il Signornato/a a Prov.
..... ilresidente a Somma Lombardo, Via
.....n.....codice fiscale
documento di identità n.recapito
telefonico..... Indirizzo e-mail

.....
.....
.....
.....
.....
Autorizzo il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo a comunicare:

☐ l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento a chiunque lo richieda:

Firma del dichiarante

☐ l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento solamente ai seguenti soggetti:

.....
.....

Firma del dichiarante

NON autorizzo il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo a comunicare a chiunque lo richieda l'esistenza della presente Dichiarazione Anticipata di Trattamento.

QUINDI DISPONGO E DICHIARO

1) che i trattamenti sanitari riguardanti la mia persona ancora in vita:

☐ siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero;

☐ NON siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero;

2) ☐ siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero;

☐ NON siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero;

3) ☐ 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;

☐ NON siano continuati 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.

Qualora avessi una malattia allo stadio terminale o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile o una malattia che necessiti l'uso permanente di macchinari o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata dai medici irreversibile.

DISPONGO E DICHIARO

- 1) ☐ SIANO ☐ NON SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad 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:

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) il mio corpo:
 - ☐ potrà essere utilizzato ai fini di una donazione di organi per trapianti;
 - ☐ potrà essere utilizzato ai fini di una donazione di organi per scopi scientifici e/o didattici;
 - ☐ non potrà essere utilizzato ai fini di una donazione di organi
- 4) in successione alla mia morte:
 - ☐ VOGLIO essere cremato;
 - ☐ NON voglio essere cremato

Le presenti volontà possono essere da me modificate, anche parzialmente, o revocate in ogni momento con successiva dichiarazione nella quale espressamente darò atto del superamento della mia

dichiarazione precedente di cui indicherò gli estremi di data e di registrazione.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione.

Dispongo che si provveda all'inserimento nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso il Settore Servizi Generali del Comune di Somma Lombardo.

Do infine atto che dell'originale della dichiarazione depositata sarò io stesso insieme al/ai fiduciario/i il responsabile.

Somma Lombardo, data

Il dichiarante _____

Il primo (e unico) fiduciario _____

Il secondo fiduciario _____