

**DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTI SANITARI
(TESTAMENTO BIOLOGICO)**

(da compilare, sottoscrivere e consegnare in busta chiusa al segretario comunale)

Io sottoscritto _____
(cognome e nome del dichiarante)

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

residente ad **ARCO** in _____
(via e numero civico)

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta dispongo quanto segue in merito ai trattamenti sanitari a cui intendo o non intendo essere sottoposto in caso di malattia o lesione cerebrale che determinino una perdita di coscienza e volontà definibile come permanente ed irreversibile secondo i protocolli scientifici riconosciuti a livello internazionale:

Nomino mio rappresentante fiduciario il signor/la signora

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____

Nomino mio rappresentante supplente del fiduciario il signor/la signora (FACOLTATIVO)

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ in _____

Il dichiarante e il fiduciario acconsentono al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione al fine dell'inserimento e della conservazione nel registro istituito presso il comune di Arco.

La presente dichiarazione è sottoscritta alla presenza di un testimone nella persona del signor/signora: (FACOLTATIVO)

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ in _____

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione

In fede

Luogo e data _____

Il Dichiarante

(firma del dichiarante)

Il Fiduciario

(firma del fiduciario)

L'eventuale supplente del Fiduciario

(firma dell'eventuale supplente del fiduciario)

L'eventuale testimone

(firma dell'eventuale testimone)