



Allegato D alla Deliberazione di G.M. n. 383 del 17.09.2013 e successive modifiche de integrazioni

## TESTAMENTO BIOLOGICO (DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO SANITARIO)

IO SOTTOSCRITTO/A

Nome.....Cognome.....  
Luogo di Nascita.....Data di nascita.....  
Residente a RAGUSA Via/Piazza.....  
Documento di identità.....  
Tel.....

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI E IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA**

### DISPONGO QUANTO SEGUE:

nel caso che io non possa più formare o manifestare la mia volontà, su di me non devono essere prese misure di prolungamento della vita, se secondo scienza e coscienza medica viene verificato che qualsiasi misura di sostegno vitale sarebbe senza prospettiva di miglioramento e prolungherebbe soltanto la mia agonia.

L'accompagnamento e il trattamento medico, così come l'assistenza scrupolosa devono essere in questi casi rivolti ad alleviare disturbi, come per es. dolori, agitazione, ansia, difficoltà respiratorie o nausea, anche se non sia da escludersi che la necessaria terapia del dolore possa abbreviare la vita.

#### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti      **SI**      **NO**

NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO:

Nome.....Cognome.....  
Luogo di Nascita.....Data di nascita.....  
Residente a.....Via/Piazza.....  
Documento di identità.....  
Tel.....

#### **Opzionale**

NOMINO SUPPLENTE DEL FIDUCIARIO:

Nome.....Cognome.....  
Luogo di Nascita.....Data di nascita.....  
Residente a.....Via/Piazza.....  
Documento di identità.....  
Tel.....

**Opzionale**

NOMINO TESTIMONE:

Nome..... Cognome.....  
Luogo di Nascita..... Data di nascita.....  
Residente a..... Via/Piazza.....  
Documento di identità.....  
Tel.....

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i  
Ragusa, li \_\_\_\_\_

**Firma del Fiduciario**

\_\_\_\_\_

**Documento di identità** \_\_\_\_\_

**Firma del Sottoscrittore**

\_\_\_\_\_

**Documento di identità** \_\_\_\_\_

**Firma del Fiduciario Supplente (opzionale)**

\_\_\_\_\_

**Documento di identità** \_\_\_\_\_

**Firma del testimone (opzionale)**

\_\_\_\_\_

**Documento di identità** \_\_\_\_\_