
Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

Al Comune di Calenzano
Ufficio Stato Civile
Piazza Vittorio Veneto 11 - 50041 - Calenzano (FI)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____
di nazionalità _____, residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona

Visti:

- l'art. 32 della Costituzione Italiana (*"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*);
- l'art. 9 della *Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina* stipulata ad Oviedo il 4/4/1997 e ratificata in Italia con la legge n.145 del 28/3/2001;
- l'art. 16 del Codice deontologico dell'Ordine dei medici sull'astensione all'accanimento diagnostico-terapeutico;
- la legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

nel caso in cui fossi in condizioni di salute tali da compromettere la mia capacità di intendere e di volere (malattia allo stadio terminale, totalmente invalidante e irreversibile, o in stato di permanente incoscienza) e la mia situazione clinica venisse ritenuta irreversibile dai medici

DISPONGO QUANTO SEGUE

- **Scelta per i trattamenti sanitari (ovvero nutrizione e idratazione artificiale):**

- **Scelta in merito ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari**

altre eventuali disposizioni: _____

Allo scopo di attuare le volontà espresse nella presente dichiarazione e di rappresentarmi nelle relazioni con i medici e con le strutture sanitarie

