**ALLEGATO”B”**

**TESTAMENTO BIOLOGICO**

**da compilare in tre copie in ogni sua parte o quattro copie nel caso di nomina del fiduciario supplente**

**le copie vanno firmate dal dichiarante, dal fiduciario e dal fiduciario supplente, se nominato**

1 copia in busta chiusa va consegnata all’ufficio di Stato Civile del Comune di Santa Teresa Gallura

1 copia va trattenuta dal dichiarante

1 copia va consegnata, a cura del dichiarante, al fiduciario;

1 copia va consegnata, a cura del dichiarante, al fiduciario supplente.

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………..…..

*(cognome nome)*

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

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

residente a ……………………….. CAP…………..in via …………………………………….

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

### ***CONSENSO INFORMATO***

1. 🞏 Non voglio 🞏 Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
2. 🞏 Nel caso decidessi di **non** essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e decidere in mia vece il/la Signore/a:

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

*(cognome nome)*

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

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

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

#### DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile **non voglio essere sottoposto/a ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno** (alimentazione ed idratazione forzata).

##### *DISPOSIZIONI PARTICOLARI*

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale o una lesione cerebrale invalidante ed irreversibile o una malattia che necessiti l’utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici, dispongo che:

**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**

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomino mio rappresentante fiduciario il signor/la signora

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

*(cognome nome)*

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

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

residente a …………………………CAP……… in via ………………………………………

Il/La quale dichiara:

🞎 di accettare la presente nomina a fiduciario/a;

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Santa Teresa Gallura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 101/2018 e del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati in BDN pubblicata nella sezione dedicata alle “[Disposizioni anticipate di trattamento DAT](http://www.comune.sesto-fiorentino.fi.it/it/servizi/scheda-servizio/biotestamento-disposizioni-anticipate-di-trattamento-dat)” presente sul sito istituzionale del Ministero della salute.

Data …………………. Firma per accettazione del fiduciario/a

………………………………………...

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell’impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito, in qualità di fiduciario supplente il signor/a

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

*(cognome nome)*

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

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

residente a ………………………CAP……… in via…………………………………………….

Il/La quale dichiara:

🞎 di accettare la presente nomina a fiduciario/a supplente;

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Santa Teresa Gallura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 101/2018 e del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

🞎 di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati in BDN pubblicata nella sezione dedicata alle “[Disposizioni anticipate di trattamento DAT](http://www.comune.sesto-fiorentino.fi.it/it/servizi/scheda-servizio/biotestamento-disposizioni-anticipate-di-trattamento-dat)” presente sul sito istituzionale del Ministero della salute.

Data …………………. Firma per accettazione del fiduciario/a supplente

………………………………………...

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

dichiarazione.

Ai fini dell’iscrizione nella Banca dati nazionale delle DAT, istituita presso il Ministero della Salute, e presa visione dell’informativa per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale per le DAT pubblicata nella sezione dedicata alle “[Disposizioni anticipate di trattamento DAT](http://www.comune.sesto-fiorentino.fi.it/it/servizi/scheda-servizio/biotestamento-disposizioni-anticipate-di-trattamento-dat)” presente sul sito istituzionale del Ministero della salute:

🞎 acconsento 🞎 non acconsento

- che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della Salute, per la registrazione nella Banca Dati Nazionale istituita presso il Ministero della Salute;

- alla notifica tramite e-mail dell’avvenuta registrazione delle DAT nella Banca Dati Nazionale, da effettuarsi al recapito di posta elettronica sopra indicato.

Il sottoscritto disponente dichiara, inoltre, di avere preso visione dell’informativa del Comune di Santa Teresa Gallura relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito istituzionale del Comune e disponibile allo sportello, resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 101/2018 e del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

In fede.

Santa Teresa Gallura , lì………………………….

*(data)*

***IL DICHIARANTE:***

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***IL FIDUCIARIO:***

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***IL FIDUCIARIO SUPPLENTE ( se nominato):***

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (data)

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_