

**Convenzione Comune di – Consiglio Notarile di Udine sul
Testamento biologico.**

Consegnando, attraverso il notaio incaricato, al Consiglio Notarile di Udine la mia “dichiarazione di fine vita”, mi dichiaro a conoscenza che:

- essa, allo stato, è priva di efficacia legale, priva di forza coercitiva, costituendo esclusivamente una solenne manifestazione di libertà di pensiero;
- attesta in forma solenne un proprio pensiero, che, domani, non dovrà essere ricostruito.
- verrà conservata dal Consiglio Notarile di Udine che la renderà disponibile secondo tempi e modi previsti nella dichiarazione stessa;
- dei soggetti che rilasceranno la dichiarazione stessa (con i loro dati anagrafici) verranno compilati elenchi che saranno conservati dal Consiglio Notarile di Udine e dal Comune di

<luogo>, <data>

firma

"" TESTAMENTO BIOLOGICO ""

Io sottoscritto signor/lo sottoscritta signora:

Cognome e nome _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
residente in _____ Via/Piazza _____ tel. _____
codice fiscale _____
documento di identità - carta identità / patente / tessera sanitaria / _____
data ril. _____ n. _____ Autorità _____

qualora versassi in una delle seguenti condizioni

- I - malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e/o invalidante
- II - malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine e/o sistemi artificiali che mi impediscano una normale vita di relazione
- III - malattia allo stato terminale

stato da accertare come segue:

- I - in ogni caso, qualora ancora capace di intendere e di volere, per dichiarazione mia, anche orale;
- II - se incapace di esprimere una mia volontà
- attraverso giudizio insindacabile di _____ res. _____
- attraverso giudizio del medico dott. _____ di _____
- attraverso giudizio, a maggioranza di una commissione formata come segue
a) _____ b) _____ c) _____

DICHIARO ORA QUANTO SEGUE

Opzione 1

- A -

- desidero** ed autorizzo trattamenti analgesici, anche qualora detti trattamenti possano abbreviare la mia vita;
- rifiuto** qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine;
- rifiuto** qualsiasi trattamento terapeutico attivo, (antibiotici, trasfusioni, rianimazione, cardiopolmonare, emodialisi). qualora fossi affetto da malattie croniche invalidanti che possano abbreviare la mia vita;

Opzione 2

- A -

- delego ogni e qualsiasi decisione al mio fiduciario o fiduciari (congiuntamente), come sottoindicati, previa loro accettazione

- B -

- rifiuto anche esplicitamente**
- accetto esplicitamente**

di essere sottoposto ad alimentazione e/o idratazione artificiale e/o forzata, qualora non fossi in grado di assumere cibo e/o bevande;

Autorizzo la donazione degli organi

SI NO

Desidero essere cremato.

SI

Le volontà sopra espresse sono integrate dalle seguenti prescrizioni/condizioni.

La durata di quanto manifestato è fissata

- fino a nuova diversa dichiarazione;
- in anni _____ a decorrere da oggi, dopo di che, se non rinnovate, devono

essere ritenute inesistenti.

A questo mio documento si potrà accedere

I - sempre, su mia espressa autorizzazione, scritta;

II - In caso di impossibilità di manifestazione della volontà, di incapacità totale o ridotta capacità di intendere e di volere, (incapacità da attestarsi da medico), da/ o dopo trascorsi, dallo stato di incapacità

subito un mese tre mesi un anno _____

Potrò accedere a questo documento (ed a questi ne verrà consegnata un copia autentica mentre l'originale verrà trattenuto dal Consiglio Notarile, salvi obblighi di legge)

- il coniuge e qualsiasi mio parente in linea retta (anche singolarmente)
- qualsiasi mio parente o affine entro il terzo grado (anche singolarmente)
- il sig/la sig. _____ res. _____
- qualsiasi persona fisica
- chiunque, persona fisica, giuridica, associazione o altro, che ne abbia interesse (e senza necessità di dimostrarlo)

L'incapacità che darà luogo all'accertamento delle condizioni di applicabilità delle presenti dichiarazioni, dovrà essere presente da

un mese tre mesi sei mesi un anno
 due anni cinque anni _____

Il Fiduciario

al quale affido la sorveglianza, senza impegno particolare, sulle mie volontà

Cognome e nome _____

luogo di nascita _____ Prov. ____ data di nascita _____

residente in _____ Prov. ____ Via _____ tel. _____

(solo se oltre che fiduciario, anche delegato a ogni e qualsiasi decisione e che pertanto dovrà sottoscrivere ed accettare)

codice fiscale _____ documento di identità _____

dat ril. _____ n. _____ Autorità _____

Firma dell'eventuale fiduciario delegato

<luogo>, _____

Il dichiarante
