

**DICHIARAZIONE DI AVVENTUTA
PREDISPOSIZIONE DEL TESTAMENTO BIOLOGICO**

N° di repertorio _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Carta di Identità n. _____ ril. il _____ da _____

nel pieno delle sue facoltà mentali e in totale libertà di scelta dispone quanto segue:
in caso di malattia o lesione cerebrale invalidante e irreversibile **chiede di NON ESSERE SOTTOPOSTA** alcun trattamento terapeutico o di sostegno (alimentazione e idratazione forzata).

Disposizioni particolari:

- autorizzo la donazione** dei miei organi per trapianti
- non autorizzo la donazione** dei miei organi per trapianti

Nomina suoi rappresentanti fiduciari i Sigg.ri:

Cognome _____ **Nome** _____ nato a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

con recapito telefonico _____

Cognome _____ **Nome** _____ nato a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

con recapito telefonico _____

Il sottoscrittore: _____ C.I.n. _____

Il fiduciario: _____ C.I.n. _____

Il fiduciario: _____ C.I.n. _____

_____ lì _____

Si attesta che il presente atto è stato repertoriato in data _____ al n. di rep. _____