Dichiarazioni Anticipate di Trattamento ai sensi dell'art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Io sottoscritto/a

Nome _____ Cognome_____

Nato/a a _____il _____

Residente a Salò in Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale_____

Documento d'identità n. _____

Recapito telefonico_____

Nella mia piena capacità di intendere e di volere

DICHIARO

Con questo documento in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, di esprimere la seguente volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché in relazione al consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PROVVEDO

Alla nomina di un fiduciario capace di intendere e di volere che, accettando la nomina mediante sottoscrizione della presente dichiarazione, si impegna al rispetto delle mie volontà qui espresse e

faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, nella persona di:

Nome _____ Cognome_____

nato/a a _____ il _____

Residente a_____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale _____

Carta d'identità n. _____

Recapito telefonico _____Mail _____

Salò, il _____

Firma intestatario _____

Firma fiduciario _____

Si allega:

Copia carta d'identità in corso di validità dell'intestatario

Copia carta d'identità in corso di validità del fiduciario