

Dichiarazione di volontà in materia di disposizioni anticipate di trattamento
(Da compilare in triplice copia)

Al Comune di Vaglia
Ufficio Stato Civile
Piazza Corsini n. 3
50036 – VAGLIA

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";

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: _____

Firma del disponente _____