

Al fine di rendere esecutive le disposizioni da me scritte sul retro della presente e di assumere in mia vece le decisioni che fossero necessarie e, in ogni caso, a effetto di legge

NOMINO QUALE FIDUCIARIO

I signor _____, nat_ il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___)
in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

La suddetta persona delegata dovrà, in caso di mia incapacità, prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie e relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà tener conto della mia volontà retro indicata.

Potrà prendere visione della mia cartella clinica ed autorizzare la sua consegna a terzi.

Firma per accettazione della nomina di Fiduciario

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

Sono a conoscenza che il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il Fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla mia condizione clinica attuale, ovvero sussistano terapie, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Sono a conoscenza che le mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Sondalo, ___/___/_____.

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)