

TESTAMENTO BIOLOGICO
da compilare in triplice copia in ogni sua parte
le tre copie vanno firmate sia dal dichiarante sia dal fiduciario

1 copia in busta chiusa va consegnata all'ufficio demografico del Comune di Coazze

1 copia va trattenuta dal dichiarante

1 copia va consegnata, a cura del dichiarante, al fiduciario

Io sottoscritto/a
 (cognome nome)

nato/a a prov il

codice fiscale

residente a in

(via, numero civico, CAP)

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta dispongo che in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile:

non sia sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno (alimentazione ed idratazione forzata).

Nomino mio **rappresentante fiduciario** il signor/la signora:

.....
 (cognome nome)

nato/a a prov il

codice fiscale

residente a in

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione.

Il dichiarante ed il fiduciario acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, al fine dell'inserimento e della conservazione della presente dichiarazione nel Registro istituito presso il Comune di Coazze.

In fede.

Coazze, lì.....

(data)

.....
firma del dichiarante

.....
firma del fiduciario

documento d'identità allegato
 del **dichiarante**

n..... del
 rilasciato da.....

documento d'identità allegato
 del **fiduciario**

n..... del
 rilasciato da.....