

TESTAMENTO DI VITA

Io sottoscritto/a Nome e cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

Domicilio

Documento di identità

Delego

come mio fiduciario il signore/la signora

Nome e cognome

Nato/a a il

Recapito telefonico

Residente a

cui affido il compito di rendere edotti i medici curanti dell'esistenza di questo testamento di vita, con il quale:

in caso di:

- malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e invalidante
- malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione

chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico né a idratazione e alimentazione forzate e artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente.

Disposizioni particolari

- autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti
sì no
- autorizzo l'uso del mio corpo per scopi scientifici e didattici
sì no

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà e dell'inserimento nel Registro Generale dei testamenti di vita gestito dal Consiglio Nazionale del Notariato.

Luogo e data

AUTENTICA NOTARILE
DELLA SOTTOSCRIZIONE

