

## Testamento biologico

Io sottoscritto/a

*Nome e cognome*.....

*Luogo di nascita*..... *Data di nascita*.....

*Domicilio*..... *Documento di identità*.....

nel pieno delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta dispongo quanto segue.

**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

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

Luogo e data..... *Firma* .....

Nomino mio rappresentante fiduciario il signore/la signora

*Nome e cognome*.....

*Nato/a a*.....*il*.....

*Recapito telefonico*.....

*Residente a*.....

Luogo e data.....

*Firma del sottoscrittore*.....

Documento di identità.....

*Firma del fiduciario*.....

Documento di identità.....

*Firma del testimone*.....

Documento di identità.....