

## **Modello 1**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

eventuale domicilio \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **dispongo che**

Se vado incontro a un grave stato di salute o a un infortunio e i medici stabiliscono che la mia condizione sia quasi certamente irreversibile e preluda alla morte, desidero che:

#### Opzioni generali

- ogni terapia medica, anche cibo e acqua per sondini (se necessario) **mi sia comunque data**, non importa quale sia il mio stato fisico o mentale.
- non sia sottoposto a trattamenti** che solo prolungherebbero il tempo della morte; se questi trattamenti fossero iniziati vorrei venissero sospesi; desidero allo stesso tempo ricevere le cure necessarie per eliminare il dolore e avere cure di conforto.

#### Opzione particolare

Se mi è stato diagnosticato uno stato di coma permanente, o stato vegetativo permanente, convalidato da medici qualificati per stabilire questa diagnosi, desidero:

- che mi siano applicate** anche cure mediche straordinarie, compreso cibo e acqua sia pure per mezzo di sonde, qualunque sia il mio stato fisico o mentale
- che non mi siano applicate** le cure mediche straordinarie di cui sopra e nel caso mi fossero state applicate desidero che siano sospese allorchè il loro beneficio è palesemente considerato del tutto inutile o dannoso.

**Firma** \_\_\_\_\_

( eventuale allegato "Nomina del fiduciario")