

## IL MIO TESTAMENTO BIOLOGICO

La dichiarazione, debitamente sottoscritta, deve essere interamente redatta di proprio pugno  
in forma leggibile in triplice copia:

- \* una per il firmatario
- \* una da consegnare a un fiduciario (parente, amico, conoscente)
- \* una da depositare presso l'Ufficio Servizi Demografici del Comune di Castel del Piano

### IO SOTTOSCRITTO / A:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo della residenza \_\_\_\_\_

Documento valido 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 invalidante e irreversibile**

**CHIEDO**

**DI NON ESSERE SOTTOPOSTO AD ALCUN TRATTAMENTO TERAPEUTICO O DI SOSTEGNO  
(alimentazione e idratazione forzata)**

### DISPOSIZIONI PARTICOLARI:

**Autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti

- SÌ**
- NO**

### NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO IL SIG. / LA SIG.RA:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico.....

**LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON  
SUCCESSIVA/E DICHIARAZIONE/I.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Sottoscrittore \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

Firma del Fiduciario \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_