Al Comune di Pietra Ligure
Ufficio Stato Civile
Email protocollo@comunepietraligure.it
PEC protocollo@pec.comunepietraligure.it

Io sottoscritto/a

Nome e Cognome.....
Nato/a il ..... a …….. Prov. ……
e residente a ..... Prov.....
in via/piazza …….
indirizzo e-mail ……

Documento di identità valido n..... rilasciato ……
da ..... il..... (allegato in fotocopia)

Ai sensi della legge 219/2017, la Legge 219, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, dispone che *ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.* Ai fini della legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici**, nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta,**

1. DISPONGO QUANTO SEGUE:

….....
….....
....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....
….....

2. INDICO quale fiduciario che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie:

il sig. / sig.ra .....
Nato/a il ..... a …….. Prov. ……
e residente a ..... Prov.....
in via/piazza ……..
Documento di identità valido n..... rilasciato ……
da ..... il..... (allegato in fotocopia)
indirizzo e-mail ……

Luogo e data_____ Firma_____

Firma per accettazione e ricevuta copia
Il fiduciario

_____