

**TESTAMENTO BIOLOGICO**  
(compilare in triplice copia in ogni sua parte).

Io sottoscritto/a .....  
(cognome nome)  
nato/a a ..... prov ..... il .....  
residente a ..... in .....  
(via, numero civico, c.a.p.)

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue:

in caso di:

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

**chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno** (alimentazione / idratazione forzata ecc.).

Nomino mio rappresentante fiduciario il signor/la signora  
.....  
(cognome nome)  
nato/a a ..... prov ..... il .....  
residente a ..... in .....

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione.

Il dichiarante ed il fiduciario acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, al fine dell'inserimento e della conservazione della presente dichiarazione nel Registro istituito presso il Comune di Palermo.

Si allegano copie documenti d'identità

Palermo li.....

In fede

.....  
*firma del dichiarante*

.....  
*firma del fiduciario*

## **Avvertenze**

**Le tre copie vanno firmate sia dal dichiarante sia dal fiduciario**

1 copia in busta chiusa va consegnata all'ufficio comunale

1 copia va trattenuta dal dichiarante

1 copia va consegnata, a cura del dichiarante, al fiduciario