



TESTAMENTO BIOLOGICO

(DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO SANITARIO)

IO SOTTOSCRITTO/A

Nome..... Cognome.....
Luogo di Nascita..... Data di nascita.....
Residente a Via/Piazza.....
Documento di identità
Tel.

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI E IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA
DISPONGO QUANTO SEGUE:**

nel caso che io non possa più formare o manifestare la mia volontà,

su di me non devono essere prese misure di prolungamento della vita, se secondo scienza e coscienza medica viene verificato che qualsiasi misura di sostegno vitale sarebbe senza prospettiva di miglioramento e prolungherebbe soltanto la mia agonia.

L'accompagnamento e il trattamento medico, così come l'assistenza scrupolosa devono essere in questi casi rivolti ad alleviare disturbi, come per es. dolori, agitazione, ansia, difficoltà respiratorie o nausea, anche se non sia da escludersi che la necessaria terapia del dolore possa abbreviare la vita.

NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO:

Nome..... Cognome.....
Luogo di Nascita..... Data di nascita.....
Residente a Via/Piazza.....
Documento di identità
Tel.

Opzionale

NOMINO SUPPLENTE DEL FIDUCIARIO:

Nome..... Cognome.....
Luogo di Nascita..... Data di nascita.....
Residente a Via/Piazza.....
Documento di identità
Tel.

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

Rimini, lì _____

Firma del Sottoscrittore

Firma del Fiduciario

Documento di identità _____

Documento di identità _____

opzionale

Firma del Supplente del fiduciario

opzionale

Firma del Testimone

Documento di identità _____

Documento di identità _____

Allegato C alla Deliberazione di G.C. n. 261 del 27 luglio 2010

TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(da compilarsi a cura del Fiduciario)

(Ai sensi degli artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il fiduciario, della persona interessata a consegnare il proprio Testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Rimini, è tenuto a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà alla presenza di un funzionario del Settore Demografico del Comune di Rimini.

Io sottoscritto/a (cognome e nome)
..... sesso F M nato/a a
..... (specificare anche lo stato, se estero) il Residente a
..... in Via/Piazza
..... n. tel.

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000

Di aver controfirmato il Testamento biologico redatto dal Sig./Sig.ra.....
.....
in qualità di Fiduciario.

Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che mi riguardano ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Rimini, li _____

Firma del dichiarante: _____

Il sottoscritto.....nato a.....il.....autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel registro dei testamenti biologici del Comune di Rimini , ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma del dichiarante: _____

Estremi del documento
.....
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO COMUNALE:

N° _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra.....
di fronte al funzionario del Comune di Rimini incaricato, mediante presentazione di valido documento di identità, come sopra riportato.

Rimini, li _____

Firma e timbro del funzionario

Allegato C alla Deliberazione di G.C. n. 261 del 27 luglio 2010

TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(da compilarsi a cura del Supplente del Fiduciario)

(Ai sensi degli artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il supplente del fiduciario, della persona interessata a consegnare il proprio Testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Rimini, è tenuto a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà alla presenza di un funzionario del Settore Demografico del Comune di Rimini.

Io sottoscritto/a (cognome e nome)
..... sesso F M nato/a a
..... (specificare anche lo stato, se estero) il Residente a
..... in Via/Piazza
..... n. tel.

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000

Di aver controfirmato il Testamento biologico redatto dal Sig./Sig.ra.....
.....
in qualità di supplente del Fiduciario.

Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che mi riguardano ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Rimini, li _____

Firma del dichiarante: _____

Il sottoscritto.....nato a.....il.....autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel registro dei testamenti biologici del Comune di Rimini , ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma del dichiarante: _____

Estremi del documento
.....
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO COMUNALE:

N° _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra..... di fronte al funzionario del Comune di Rimini incaricato, mediante presentazione di valido documento di identità, come sopra riportato.

Rimini, li _____

Firma e timbro del funzionario

Allegato C alla Deliberazione di G.C. n. 261 del 27 luglio 2010

TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(da compilarsi a cura del Testimone)

(Ai sensi degli artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il testimone della persona interessata a consegnare il proprio Testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Rimini, è tenuto a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà alla presenza di un funzionario del Settore Demografico del Comune di Rimini.

Io sottoscritto/a (cognome e nome)
..... sesso F M nato/a a
..... (specificare anche lo stato, se estero) il Residente a
..... in Via/Piazza
..... n. tel.

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000

Di aver controfirmato il Testamento biologico redatto dal Sig./Sig.ra.....
.....
in qualità di Testimone.

Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che mi riguardano ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Rimini, li _____

Firma del dichiarante: _____

Il sottoscritto.....nato a.....il.....autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel registro dei testamenti biologici del Comune di Rimini , ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma del dichiarante: _____

Estremi del documento
.....
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO COMUNALE:

N° _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra.....
di fronte al funzionario del Comune di Rimini incaricato, mediante presentazione di valido documento di identità, come sopra riportato.

Rimini, li _____

Firma e timbro del funzionario



Allegato B alla Deliberazione di G.C. n. 261 del 27 luglio 2010

COMUNE DI RIMINI

TESTAMENTO BIOLOGICO

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (a cura del Testatore)

(Ai sensi degli artt. 38 e 47 DPR 28.12.2000, N. 445)

La persona interessata a consegnare il proprio Testamento biologico nel registro istituito dal Comune di Rimini, è tenuta a compilare in modo chiaro ed inequivocabile la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà alla presenza di un funzionario del Settore Demografico del Comune di Rimini.

Io _____ sottoscritto/a _____ (cognome _____ e _____ nome)

_____ sesso F

M _____ nato/a _____ a _____

_____ (specificare

anche lo stato, se estero) il _____ Residente a Rimini in Via/Piazza

_____ n. _____ tel. _____

ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 in cui si legge che "L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38"

DICHIARO

sotto la mia propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art.76 del DPR 445/2000

Di consegnare il mio Testamento biologico in busta chiusa al Comune di Rimini e di averlo redatto in n. _____ copie: una che consegno in busta chiusa al Comune di Rimini, una che rimarrà a me e le altre che verranno conservate dal mio Fiduciario Sig./Sig.ra _____ che, in caso di impossibilità ad assolvere alle sue funzioni, verrà surrogato dal Supplente del Fiduciario Sig./Sig.ra _____ (facoltativo) e dal testimone (facoltativo).

Il testamento biologico conservato dal Comune di Rimini potrà essere visionato dalle seguenti persone:

- dal sottoscritto dichiarante
- dal medico di famiglia del dichiarante
- dai medici che avranno in cura il dichiarante
- dal fiduciario e dal supplente del fiduciario
- il testimone

Di aver utilizzato solo ed esclusivamente l'apposito modello approvato dall'Amministrazione Comunale, integro in tutte le sue parti, senza aver apportato di propria iniziativa alcuna aggiunta, modifica o cancellazione, che potrebbe causare l'invalidamento del suo contenuto.

Di aver inserito nella busta, insieme al Testamento biologico, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra _____ (e, se previsti, del Supplente del Fiduciario Sig./Sig.ra _____ e del Testimone Sig./Sig.ra _____) e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.

Di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che mi riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della mia riservatezza e dei miei diritti.

Rimini, li _____

Firma del dichiarante: _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella dichiarazione che precede e all'inserimento degli stessi nel registro dei testamenti biologici del Comune di Rimini, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma del dichiarante: _____



Allegato B alla Deliberazione di G.C. n. 261 del 27 luglio 2010

COMUNE DI RIMINI

Estremi del Documento
(il medesimo che è in copia nella busta sigillata)

**NUMERO PROGRESSIVO ASSEGNATO AL TESTAMENTO E RIPORTATO SUL REGISTRO
COMUNALE:**

N° _____ del _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal Sig./Sig.ra
.....di fronte al funzionario del Comune di Rimini incaricato,
mediante presentazione di valido documento di identità, come sopra riportato.

Rimini, li _____

Firma e timbro del funzionario
