**TESTAMENTO BIOLOGICO**

**da compilare in triplice copia in ogni sua parte**

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

**1 copia in busta chiusa va consegnata all’ufficio URP del Comune di Torino**

**1 copia va trattenuta dal dichiarante**

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

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………..….. (cognome nome)

nato/a a …………………………….. prov ………………… il ……………………………..…

codice fiscale ………………………………………………………………………………….….

residente a ………………………… in ………………………………………………………….; (via, numero civico, CAP); nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta dispongo che in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile non sia sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno (alimentazione e idratazione forzata).

Nomino mio rappresentante fiduciario il signor/la signora ………………………… (cognome nome)

nato/a a …………………………….. prov ………………… il ……………………………..…; codice fiscale ………………………………………………………………………………….…., residente a ………………………… in …………………………………………………………. .

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

dichiarazione. Il dichiarante e 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 Torino.

In fede.

Torino, lì …………………………. (data)

………………………………….. ………………………………………

firma del dichiarante firma del fiduciario

documento d’identità allegato documento d’identità allegato

del dichiarante del fiduciario

n. ………………. del ……………. N. ………………. del ……………...

rilasciato da ……………………… rilasciato da ………………………..