

## 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 di Stato Civile

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 ed in totale libertà di scelta dispongo che in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante ed irreversibile **non sia sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno** (alimentazione ed 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 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 Torino.

In fede.

Torino, li.....  
(data)

.....  
*firma del dichiarante*

.....  
*firma del fiduciario*

documento d'identità allegato  
del dichiarante

n..... del .....  
rilasciato da.....

documento d'identità allegato  
del fiduciario

n..... del .....  
rilasciato da.....