

# IL REGISTRO DEL TESTAMENTO BIOLOGICO

Come fare?

**SONO RESIDENTE IN UN ALTRO COMUNE**  
**POSSO PRESENTARE LO STESSO LA DICHIARAZIONE AD ALBENGA?**

no, è consentito solamente ai cittadini residenti nel Comune

**QUANTO DEVO PAGARE?**

Nulla; è completamente gratuito

**QUALI SPESE DEVE SOSTENERE IL COMUNE?**

Nessuna; il servizio è svolto a costo zero, utilizzando personale già in organico e strutture già presenti

## **DOVE POSSO TROVARE IL MODELLO DEL "TESTAMENTO BIOLOGICO"?**

- presso l'ufficio "Sportello del cittadino" - Palazzo Ester Siccardi in Viale Martiri della Libertà
- sul sito istituzionale del Comune [Link al sito](#)

## **QUANTE COPIE NE DEVO COMPILARE?**

tre

tutti e tre gli esemplari della dichiarazione dovranno essere sottoscritti in originale dal dichiarante e dal fiduciario individuato

## **COSA DEVO INDICARE NELLA DICHIARAZIONE?**

la dichiarazione deve riportare, come da modello: [Link al modello](#)

- i dati (nome, cognome, luogo di nascita e residenza) del dichiarante;
- la volontà del dichiarante in merito ai trattamenti sanitari;
- i dati del/dei fiduciario/i (uno o due a scelta del dichiarante) e del fiduciario supplente, se nominato, incaricato dall'interessato di partecipare la propria volontà;

## **A QUALE UFFICIO DEVO PRESENTARE LA DICHIARAZIONE? - COME LA DEVO PRESENTARE?** **CHI CONSERVA LE COPIE?**

- dovrà essere presentata direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune di Albenga
- in busta sigillata
- una l'Amministrazione comunale, una il fiduciario, una un notaio o una famiglia indicata dal dichiarante

## **DOVE SARA' CUSTODITA LA COPIA CONSEGNATA AL COMUNE?**

- l'Ufficio Protocollo, ricevuta la busta, consegnerà fotocopia della busta con il timbro di protocollo e curerà la consegna della stessa all'Ufficio Servizi Demografici
- l'Ufficio Servizi Demografici provvederà ad assegnare un numero progressivo nel registro e a riportarlo sulla busta stessa
- l'Ufficio Servizi Demografici, preposto alla conservazione della busta, registrerà l'arrivo della busta in ordine cronologico e conserverà la stessa in luogo idoneo individuato nella cassaforte installata presso l'Ufficio Anagrafe all'interno della quale verranno riposte e custodite le buste stesse

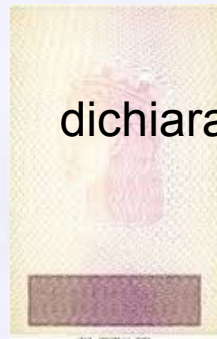
## COSA DEVO SCRIVERE SULLA BUSTA?

- 1) “Testamento Biologico di \_\_\_\_ “(nome e cognome del dichiarante)
- 2) nome, cognome, luogo, data di nascita e residenza del dichiarante
- 3) dati anagrafici del fiduciario/i
- 4) riferimenti del Notaio  
**oppure**  
della famiglia presso la quale il terzo esemplare della dichiarazione è depositata

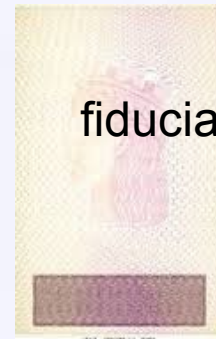
## COSA DEVO INSERIRE NELLA BUSTA?

la dichiarazione sottoscritta dal dichiarante  
e dal fiduciario

le copie dei documenti di identità



dichiarante



fiduciario



## **POSSO CAMBIARE I FIDUCIARI?**

- in caso di decesso di uno o più fiduciari o del venir meno del rapporto di fiducia con gli stessi è facoltà del dichiarante chiedere il ritiro della busta e/o provvedere del caso alla sua sostituzione
- nei casi di decesso del fiduciario e/o di sfiducia verso lo stesso e nomina di altro fiduciario, il dichiarante presenterà un nuova dichiarazione con le stesse modalità della precedente

## **SE CAMBIASSI IDEA?**

nei casi di rinuncia o di ripensamento il dichiarante potrà revocare o modificare la dichiarazione già presentata mediante lettera raccomandata da inviare all'Ufficio Protocollo con oggetto: "Rinuncia e ripensamento della dichiarazione del testamento biologico"

## **SE NE AVESSI BISOGNO CHI MI PUO' AIUTARE NELLA COMPILAZIONE?**

- l'Amministrazione Comunale si riserva di pubblicare sul proprio sito internet l'indicazione e il recapito di associazioni, comitati ed altre libere forme associative senza scopo di lucro che, senza alcun onere per l'Ente, siano disponibili ad assistere gli interessati nella compilazione delle dichiarazioni
- gli Uffici Comunali dovranno astenersi da qualsivoglia attività nella compilazione della dichiarazione da parte dei cittadini interessati



**TESTAMENTO BIOLOGICO**  
**(dichiarazione anticipata di volontà relativa ai trattamenti sanitari) (1)**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal Comune di: \_\_\_\_\_ (allegato in copia)

*nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta,*

**DISPONGO**

in caso di:

- **malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile**
- **malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione,**

**di non essere sottoposto:**

- **ad alcun trattamento terapeutico**
- **ad idratazione, alimentazione e ventilazione forzate ed artificiali.**

**DISPONGO inoltre**

**ALTRO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULTERIORI DISPOSIZIONI:**

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO** la donazione dei miei organi per trapianti.

**NOMINO quale mio fiduciario il signore/la signora  
(uno o due a scelta del dichiarante):**

1) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal Comune di: \_\_\_\_\_ (allegato in copia)

2) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal Comune di: \_\_\_\_\_ (allegato in copia)

**NOMINO, in caso d'impossibilità del fiduciario suindicato,  
il signor/la signora sotto indicato/a quale fiduciario supplente:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal Comune di: \_\_\_\_\_ (allegato in copia)

**DICHIARO**

**che le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in qualsiasi momento.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario per accettazione \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario supplente per accettazione \_\_\_\_\_