

IO SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza.....Prov.....

Documento di identità valido n.....rilasciato da.....il.....-allegato in fotocopia.

NEL PIENO DELLE MIE FACOLTA' MENTALI ED IN TOTALE LIBERTA', DOPO AVER ACQUISITO ADEGUATE INFORMAZIONI MEDICHE SULLE CONSEGUENZE DELLE MIE SCELTE, AI SENSI DELLA LEGGE 219/2017, DISPONGO QUANTO SEGUE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Fiduciario:**

Nome-Cognome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza.....n. tel.....

Documento di identità valido n.....rilasciato da.....il.....allegato in fotocopia.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del disponente:

\_\_\_\_\_

Firma del fiduciario per accettazione della nomina:

\_\_\_\_\_