
NOMINA FIDUCIARIO

Qualora la mia capacità di autodeterminarmi risultasse irreversibilmente compromessa a causa di una malattia associata a un grave disturbo cognitivo, nomino mio rappresentante fiduciario ai sensi della legge 219/2017, il/la signor/a:

Nominativo _____ nato/ail _____
a _____ residentea _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____ documento _____
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito il/la signor/a:

Nominativo _____ nato/ail _____
a _____ residentea _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____ documento _____
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Conferisco al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Data _____ In fede _____

Per accettazione (*firma fiduciario*)

DONAZIONE DEL CORPO ALLA RICERCA

Ai sensi della legge 10/2020

• Autorizzo la donazione del mio corpo e dei miei tessuti post mortem a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica. Delego inoltre il fiduciario precedentemente nominato alla comunicazione della mia volontà al medico che accerta la morte per l'attivazione delle procedure previste dalla legge. SI - NO

AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLE DAT ALLA BANCA DATI NAZIONALE

• Autorizzo la trasmissione della presente DAT all'interno della Banca Dati Nazionale per la registrazione delle DAT istituita presso il Ministero della Salute. SI - NO

Data _____ In fede _____

Il presente modulo è stato realizzato dall'Associazione Luca Coscioni con il contributo di medici ed esperti legali. L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica si batte da anni per affermare i diritti umani e civili dei malati e di tutti. Puoi sostenere le nostre attività con una donazione o destinando il tuo 5x1000 indicando il codice 97283890586 nel riquadro "Sostegno degli enti del terzo Settore" nella pagina dedicata alla "SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF" della tua dichiarazione dei redditi. Per ulteriori informazioni www.associazionelucacoscioni.it/5x1000. Associazione Luca Coscioni - Via di San Basilio, 64 - 00187 Roma - info@associazionelucacoscioni.it - Tel. 06 64010848 - Fax. 06 23327248