

**Autorizzazione  
in caso di degenza ospedaliera o di ogni altro tipo di fermo**

Il/la sottoscritto/a, .....  
nato/a li .....

delega e autorizza secondo le disposizioni di legge pertinenti

il Sig. / la Sig.a.....

residente in: .....

ad assistermi come il mio / la mia  
**rappresentante-sostenitore/sostenitrice**

Il mio / la mia rappresentante è autorizzato/a di salvaguardare e di difendere i miei interessi e di rappresentarmi in tutte le questioni relative alla mia degenza / detenzione attuale.

Il mio / la mia rappresentante è autorizzato/a di indagare tutti i fatti e le circostanze nel caso io sia sottoposto/a a un trattamento medico obbligatorio o coercitivo, in particolare è autorizzato/a di sporgere denuncia penale contro i medici responsabili per tutte le ragioni legali presso il Pubblico Ministero.

Con la presente dispenso tutte le persone dall'obbligo del segreto personale professionale nei confronti del mio / della mia rappresentante. Il mio / la mia rappresentante è autorizzato/a di esaminare gli atti e i documenti che me riguardano e di fare delle copie.

Il mio / la mia rappresentante deve essere informato/a in modo completo su tutti i trattamenti medici che mi riguardano, in particolare deve essere informato/a sugli agenti somministratimi (quantità, modo d'azione, nome commerciale del farmaco, nome del principio attivo, ecc.).

La presente autorizzazione include anche il diritto di rappresentarmi nei casi io fossi minacciato/a di essere sottoposto/a a regime di protezione o curatela, così come in tutti gli affari domiciliari e patrimoniali.

Il mio / la mia rappresentante è autorizzato/a di esercitare tutti i rimedi giuridici necessari e di prendere tutte le misure giuridiche necessarie in mio favore e, se necessario, incaricare un avvocato.

Il mio / la mia rappresentante deve essere informato/a senza indugi di tutte le misure che mi riguardano (indirizzo del mio / della mia rappresentante, vedi sopra).

**Nota addizionale:**

Nel caso della mia morte il mio cadavere deve essere reso inutilizzabile immediatamente o il più presto possibile per ogni uso medico\*. Ogni tipo di autopsia, ogni prelievo di organi e ogni prassi relativa a ciò dovrà essere ommessa. Ogni violazione della mia volontà è soggetta a persecuzione penale. Allo stesso modo ogni trattamento medico, tra cui interventi medici di ogni genere che ne precedono. L'eutanasia resta vietata.

\* Incenerimento  sì  non

Ciò che conta è la volontà del mio / della mia rappresentante-sostenitore/sostenitrice, se necessario anche contro i miei parenti.

Data.....

Firma.....