

Io sottoscritto/a Cognome e Nome

Luogo e data di nascita C.F.

Residente a Cornate d'Adda in Via/Piazza n.

Documento d'identità n° rilasciato da il

(allegato in fotocopia)

nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, ai sensi della Legge n. 219/2017, dispongo quanto segue:

Fiduciario:

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Residente in Via/Piazza n.

Telefono n.

Documento d'identità n. rilasciato da il

(allegato in fotocopia)

Luogo e data

Firma del disponente

Firma del fiduciario per accettazione della nomina