PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Io sottoscritto:

Cognome _____ Nome_____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____

liberamente, **spontaneamente** e **in piena coscienza**, in data _____ / _____ / _____, alle ore _____:_____,

DICHIARO

di aver concordato con il dott. _____ la seguente pianificazione condivisa delle cure da attuarsi qualora mi trovassi in una situazione di totale incapacità di attività di interrelazione e di autodeterminazione:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare tale pianificazione, interamente o in parte, in qualunque momento.

Firma del paziente

Firma del Medico che ha concordato la pianificazione condivisa delle cure condivise

_____ _____

REVOCA DELLA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Da compilarsi in caso di revoca della parziale o totale della pianificazione precedentemente espressa.

In data _____ / _____ / _____, alle ore _____:_____

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome _____ Nome_____

Dichiaro di revocare: ☐ *in toto* ☐ *parzialmente*

la pianificazione delle cure precedentemente espressa.

In caso di revoca parziale dovrà essere redatta una nuova pianificazione condivisa delle cure.

Firma del paziente

Firma del Medico che acquisisce la revoca

_____ _____