

MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE PROCEDURA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA

Alla Direzione Sanitaria della
ASST Bergamo Est

protocollo@pec.asst-bergamoest.it
protocolloingresso@asst-bergamo.it

Io sottoscritto/a Sig./ra _____

CODICE FISCALE _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ prov. _____

in via _____ n. _____

tel. _____ Email _____

in quanto affetto/a da _____

ed in grado di esprimere validamente la propria volontà ed in pieno possesso delle mie facoltà mentali

CHIEDO

di voler attivare la procedura di accertamento dei requisiti per la Morte Medicalmente Assistita ai sensi di quanto disposto dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 242/2019, n. 135/2024, n. 66/2025, n. 132/2025 e 204/2025

Si allega:

1. la documentazione clinica in mio possesso:

2. Copia del documento di identità

MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE PROCEDURA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA

3. Nominativo del mio medico di fiducia con i relativi contatti:

Dott./Dott.ssa _____

tel. _____ E-mail: _____

residenza: _____

Dell'avvio della presente procedura vorrei essere informato/a tramite:

- Email _____
- telefono/cellulare _____
- pec _____

Dichiaro di essere a conoscenza che tale richiesta è revocabile in qualsiasi momento.

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile e di dare il mio consenso al trattamento dei miei dati personali e ad essere contattato per eventuali colloqui/incontri/visite specialistiche.

Distinti saluti

Luogo e data, _____

Firma*

**Qualora le condizioni cliniche non consentano la scrittura autonoma, la richiesta può essere presentata tramite videoregistrazione oppure tramite dispositivi di comunicazione assistita certificati e validati, tali da garantire tracciabilità e identificabilità univoca del soggetto.*